THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pierre N. AVRAMOVITCH

Ancien Externe des Hôpitaux

ÉTUDE DES

SPERMATOCYSTITES

NON TUBERCULEUSES

(PATHOLOGIE ET TRAITEMENT)

Président : M. F. LEGUEU, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE Henri	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEGUEU

Professeur de Clinique des voies urinaires
à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Necker

Qui m'a fait le grand honneur
de bien vouloir présider ma thèse.

A Monsieur le Docteur PAPIN

Ancien chef de Clinique des voies urinaires
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph

Hommage respectueux et reconnaissant pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et pour l'intérêt qu'il nous a témoigné.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHELOT

Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Chirurgien des hôpitaux
Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Médecin des hôpitaux
Professeur de Clinique des maladies
de la première enfance

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Chirurgien des hôpitaux
Professeur de Clinique gynécologique

PATHOLOGIE

Historique. — Voies d'infection. — Etiologie et fréquence. — Bactériologie. — Anatomie pathologique. — Méthodes d'exploration. — Rapports des spermatocystites avec les autres organes. — Symptomatologie. — Diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des spermatocystites pourrait être divisée en trois périodes :

Première période s'étendant jusqu'à l'apparition (1882) de la thèse de Guelliot sur les vésicules séminales, qui a élucidé la pathologie des vésicules séminales, jusque-là confuse. Nous lui empruntons ici les données historiques.

Deuxième période s'étendant jusqu'aux premières publications en 1901 de Fuller sur les traitements chirurgicaux des spermatocystites et sur leur corrélation avec les troubles articulaires, nerveux et urinaires.

Troisième période s'étendant jusqu'à nos jours, remplie de publications surtout américaines, au point de vue des résultats obtenus par différents chirurgiens.

A part quelques observations dans les « éphémérides des curieux de la nature », Morgagni (1745) est

le premier qui expose les lésions des vésicules séminales.

A l'époque où tout écoulement urétral était regardé comme constitué par la semence (Astruc, Cullen, Littre), la « phlegmasie des vésicules séminaires » n'étonnait pas autrement ces auteurs, car ils n'y voyaient pas la complication d'une maladie contagieuse. Pour eux c'était plutôt une variété de blennorrhée qu'une complication.

En 1830, Clément traite de la spermatorrhée, comme Lallemand plus tard dans son *Traité des pertes séminales*, sans en préciser nettement ses relations avec les spermatocystites.

En 1831, Gaussail donnait les deux premières autopsies d'inflammation des vésicules séminales dans l'orchite blennorragique. Albers en 1833 dans le *Journal de Chirurgie* de de Graaf divise les inflammations des vésicules séminales en aiguës et chroniques. Naumann (1837) compulse les observations publiées jusqu'à lui. Il donne le nom de spermatocystites aux inflammations des vésicules séminales.

Taye publie en 1840 et 1841 (en Norvège) deux thèses sur les vésicules séminales, où il parle successivement de l'inflammation, de la suppuration, de l'induration, de la dégénérescence squirrheuse, de la tuberculose, de la scrofule, des hémorragies, des varicosités, des calculs, des fistules, de l'atrophie et de l'hypertrophie des vésicules séminales.

La plupart des auteurs des traités de pathologie externe des maladies génito-urinaires et des maladies

vénériennes ont signalé les affections des vésicules sans beaucoup de précision (Nélaton, Vidal, Leroy, Ricord, Rollet, Rocher, Le Dentu).

En 1882 a paru la thèse de Guelliot, le travail le plus complet connu jusqu'alors. Toute l'anatomie, physiologie et pathologie des vésicules séminales y sont traitées, avec méthode et clarté. Comme travail d'ensemble sur ces organes, cette thèse reste encore aujourd'hui la chose la plus complète.

En ce qui concerne spécialement les spermatocystites, Guelliot s'est surtout occupé des spermatocystites aiguës. Comme le titre de son ouvrage l'indique, il y a exposé surtout l'anatomie et la pathologie mais non pas le traitement qui d'ailleurs à cette époque était nul et est encore aujourd'hui le moins réglé de la chirurgie génito-urinaire.

Lloyd (1888), avant Fuller, avait déjà incisé les vésicules et drainé par le périnée, mais c'est surtout Fuller qui a mis à l'ordre du jour la question du traitement chirurgical de ces organes.

A la suite de ses publications sur la cure opératoire de certains symptômes nerveux et rhumatismaux par la vésiculotomie double, de nombreux travaux ont paru sur les résultats et les indications de cette opération (Young, Squier, White, Thomas, Vœlker, Picker, Counningham, Watson, Barnett).

En même temps cela a suscité des recherches nouvelles au point de vue symptomatologique, radiographique, bactériologique (Billings Culver), physiologique (Walker).

Belfield en 1903 préconisa une nouvelle opération : irrigation vésiculaire par vasotomie.

La plupart de ces travaux sont dus aux auteurs américains. C'est là que nous avons puisé la plus grande partie de matériel nécessaire pour notre thèse.

Mais hâtons-nous de dire que nous avons vu se réaliser sous nos yeux certains résultats annoncés par ces auteurs, chez les malades opérés, par M. Papin dans le service de mon maître M. Legueu à la clinique Necker.

CHAPITRE II

VOIES D'INFECTION

Il y en a trois :

1° Voie canaliculaire, par l'urètre ;

2° Entérogène, par la traversée de la paroi intestinale ;

3° Hématogène ou sécrétoire.

1° *L'infection canaliculaire* est la plus importante.

La sécrétion normale n'est pas, dans l'appareil génital, un obstacle à l'infection qui va de l'urètre vers le testicule (direction testipétale) parce que le courant qui n'a qu'une force très faible, disparaît aussitôt qu'une inflammation atteint l'extrémité du canal génital, c'est-à-dire le canal éjaculateur.

Dès que l'infection gonococcique urétrale atteint les environs du colliculus, il y a danger de propagation au canal éjaculateur. Une fois le canal engorgé, œdématié, l'exsudat urétral chargé des microbes, remonte, parce qu'il n'est plus balayé par le courant de la sécrétion normale des organes génitaux. C'est probablement aussi grâce à l'occlusion complète du canal éjaculateur (par le processus inflammatoire seul ou aidé par un traumatisme) que l'épididymite survient.

La propagation de proche en proche, par la voie sous-muqueuse, peut être également incriminée.

Il y a une certaine corrélation dans l'apparition de la prostatite et de la vésiculite. Lewin et Bœhm ont trouvé dans l'urétrite postérieure, la prostatite et la vésiculite dans 29 o/o des cas et la vésiculite seule dans 5 o/o. Il est tout à fait rationnel de penser que la prostate est fatalement prise la première car c'est sur elle que s'exerce d'abord l'infection urétrale. Dans le cas où la vésicule est seule prise, il y a l'infection de la prostate mais trop insignifiante pour être perçue. Cabot d'ailleurs, dans 19 cas d'urétrite postérieure, n'a jamais trouvé les vésicules séminales seules atteintes, mais toujours avec la prostate.

Oberlander et Kollmann trouvent que les vésicules séminales ne s'enflamment pas isolément. Leur inflammation s'accompagne toujours de l'urétrite postérieure, de prostatite et de déférentite.

Colombini (1900) sur 400 cas de blennorragie, dont 160 aiguës a trouvé :

La prostate atteinte seule trente-deux fois ;

La prostate et la vésicule ensemble, quinze fois ;

La vésicule seule, une fois.

L'infection canaliculaire peut aussi se faire à la suite des infections primitives de l'appareil urinaire supérieur. Dans la bactériurie seule il est très rare de voir une épididymite, mais il n'est pas impossible que l'occlusion normale du canal éjaculateur soit insuffisante pour empêcher l'urine infectée de pénétrer dans le canal génital.

L'épididymite est fréquente et récidivante dans les cystites chroniques et dans l'hypertrophie prostatique. Il est probable que les vésicules séminales sont infectées aussi par la même voie. Et peut-être dans les épididymites à rechute, les vésicules séminales sont-elles le lieu de refuge des microbes. Dans les autopsies des prostatiques infectés, les lésions des vésicules séminales sont rarement absentes. Il y a le plus souvent un épaississement très marqué de tissus périvésiculaires. Il y a aussi un fait sur lequel s'arrête M. Legueu. Chez certains prostatiques qui avaient des urines troubles avant l'opération, la prostatectomie ne les éclaircissait pas. Il n'y a chez certains de ces malades ni diverticule vésiculaire, ni pyélonéphrite, ni calcul ; c'est la vésicule qui est donc responsable. La vésicule elle-même a pu être infectée avant l'opération par la cystite concomitante de l'adénome.

Le rôle de la prostate dans les infections vésiculaires ne paraît pas très net. A côté de cas de Culver de prostatite (présence de pus) sans microorganisme, Ballenger en 1916 a montré que le liquide prostatique exprimé, même s'il ne contient aucune cellule de pus, renferme très souvent un certain nombre de bactéries. C'est ce qu'il appelle la bactériurie prostatique. Il s'agissait alors, au point de vue microscopique, des staphylocoques non pathogènes et de colibacilles. Ainsi il semblerait probable que la prostate s'infecte sans l'intervention de la gonorrhée.

On pourrait se demander alors si ces prostatites

non gonorrhéiques sont susceptibles de donner lieu aux vésiculites.

Dans le mécanisme de l'infection vésiculaire par la bactériurie, on pourrait se demander si la prostate ne servirait pas d'intermédiaire entre la vessie infectée d'un côté et les vésicules et l'épididyme de l'autre côté.

Il est possible aussi que l'infection des canaux éjaculateurs par l'urine soit directe surtout quand il y a des ulcérations. Vœlcker en rapporte 3 cas.

2° *Infection à travers la paroi intestinale.*

Elle est mal démontrée et douteuse.

Posner et Lewin, liant l'anus chez l'animal, trouvent des colibacilles dans l'urine, les reins et les bassinets. Mais l'infection a pu se faire dans ces cas par la voie hématogène.

Marcus pense que le colibacille passe directement dans la circulation, ou par la voie péritonéale lorsque il y a une occlusion intestinale prolongée. D'autres microbes peuvent passer également, notamment le bacillus prodigiosus. Il est possible que l'ampoule rectale, où stagnent les masses fécales, laisse passer les microbes vers les vésicules.

Noguès (1897) décrit un cas de spermatocystite avec épididymite à colibacille pur. Il la suppose d'origine intestinale. Fuchs (1898) a vu un cas de spermatocystite à colibacille où l'intestin était malade et présentait de petites ulcérations de la muqueuse qui avaient pu permettre le passage des bactéries.

Young dit que l'infection peut gagner la prostate et

la vésicules à la suite d'une proctite, d'ulcérations ou d'hémorroïdes infectées.

3° *L'infection hématogène* ne paraît douteuse ni pour les vésicules séminales ni pour l'épididyme. En dehors du bacille de Koch, beaucoup de microbes peuvent pénétrer dans le sang.

Il n'en est pas moins vrai que la spermatocystite est une localisation tout à fait exceptionnelle de la pyohémie. Marchildon rapporte 2 cas de spermatocystite typhique qui ont été autopsiés. De pures cultures du bacille typhique ont été obtenues des deux vésicules et de la prostate.

Huet a trouvé que chez les animaux succombés à la septicémie les agents de celle-ci sont retrouvés dans les vésicules. De plus, il a démontré que l'infection dont l'animal est atteint, peut être transmise à la femelle pendant la copulation.

Duhot a vu, à l'autopsie, cinq fois l'inflammation aiguë des vésicules consécutive à la pyohémie.

Pick rapporte un cas d'empyème des vésicules séminales à méningocoques au cours d'une méningite cérébro-spinale chez un homme de dix-huit ans. L'urètre était normal.

Bendell et Mount ont publié une observation de vésiculo-prostatite à colibacille d'origine hématogène.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET FRÉQUENCE

Guelliot disait : « *l'étiologie* de la spermatocystite se résume dans un seul mot : la blennorragie ». Ceci reste toujours vrai dans la majorité des cas. Les autres causes de la spermatocystite peuvent se rencontrer.

Voilà les causes différentes d'après Duhot :

1° La blennorragie aiguë et chronique ;

2° Le traumatisme (taille périnéale, Rocher, Velpeau) ;

3° L'inflammation des organes du voisinage (vessie et prostate, rectum) ;

4° Le cathétérisme urétral ;

5° Le rétrécissement du canal de l'urètre ;

6° La pyohémie et la septicémie.

Duhot ne croit pas que les excès de masturbation et de coït puissent produire une infection aiguë des vésicules.

Lloyd, Fuller admettaient que l'abus de la bicyclette puisse donner lieu à une inflammation des vésicules.

En ce qui concerne plus spécialement la vésiculite

chronique, Duhot donne comme cause étiologique : Dans la jeunesse et l'âge mûr : l'infection gonococcique et postgonococcique ; dans la vieillesse : toutes les maladies urinaires des vieillards.

Guelliot puis Duhot ont en effet remarqué la très grande fréquence des vésiculites chez les vieillards autopsiés.

Duhot, sur 20 autopsies de vieillards âgés de 55 à 80 ans, pris tout à fait au hasard, a trouvé douze fois des lésions de vésiculite chronique. Velpeau, Guyon, Horowitz, Lloyd, en ont signalé la grande fréquence.

Winfield Ayrès sans fournir de preuves anatomiques fait intervenir la syphilis dans l'étiologie des spermatocystites.

Cohn attribue à la syphilis vésiculaire un cas de l'hémospermie.

La fréquence de la spermatocystite au cours de la blennorragie est bien difficile à établir. L'affection est souvent méconnue, car, pour s'installer, elle ne se manifeste parfois par aucun symptôme.

Quand une urétrite gonococcique atteint l'épididyme, il est infiniment probable que sur le chemin de l'urètre à l'épididyme, la vésicule n'est pas épargnée, si on se souvient combien sont intimes les rapports entre le canal éjaculateur, le déférent et les vésicules.

Dans cet envahissement la vésicule peut être atteinte seulement partiellement, mais la vésicule

n'est entièrement épargnée que dans des cas très rares.

D'autres fois l'infection gonococcique ne va pas jusqu'à l'épididyme : elle s'arrête à l'ampoule et à la vésicule et ce peut être dans ces cas où l'on pense le moins aux vésiculites. Il semblerait donc que la vésicule est atteinte avant l'épididyme (Lewin et Bôhm, Lloyd).

Chute et O'Neil disent qu'ils trouvent la spermatocystite bien plus souvent depuis qu'ils songent à la rechercher. D'après eux, la spermatocystite survient surtout dans la gonorrhée. Sur 540 malades ambulatoires de l'appareil urogénital ils trouvent 60 cas de spermatocystite.

Petersen sur 200 malades génito-urinaires trouve :

Prostatite 16 o/o ;
Epididymite 14 o/o ;
Spermatocystite 7 o/o.

Lucas sur 25 cas d'épididymite trouve :

111 fois, congestion ou inflammation des vésicules séminales.

174 fois, rien aux vésicules.

Lucas, Guépin, Kennedy considèrent la vésiculite aussi fréquente que la prostatite. Duhot affirme que tous les blennorragiques morts au cours d'une épididymite ont montré des lésions de la vésicule et des déférents. Guyon partage cette opinion. Velpeau l'avait aussi constaté.

Pour Colombini la fréquence de la vésiculite dans l'épididymite est de 62,5 o/o.

Feleki trouve que la spermatocystite se voit dans 2,3 o/o des gonorrhées;

Vœlcker a trouvé chez 60 blennorragiens chroniques dans le liquide vésiculaire :

51 fois des leucocytes seules.

9 fois des gonocoques.

Pour Gassmann la spermatocystite se rencontre dans 2,3 o/o des gonorrhées ;

Albert et Mayer la trouvent dans 60 o/o des urétrites postérieures.

Lewin et Bohm ont trouvé :

Sur 1.000 cas : 629 urétrites postérieures, soit 63 o/o.

371 urétrites antérieures. Soit 37 o/o.

Les urétrites postérieures se divisent ainsi :

Spermatocystite	38	soit 35 o/o
Spermatocystite et prostatite.	180	
Prostatite	381	soit 61 o/o
Pas d'examen	10	soit 4 o/o
Prostate et vésicules normales.	16	
	629	

Dans l'urétrite postérieure, la fréquence de la spermatocystite est donc de 35 o/o.

Saenger et Rosthorn donnent comme pourcentage 33 o/o de la salpingite chez les femmes gonorrhéiques. L'analogie est frappante avec le pourcentage des spermatocystites.

Fuller dit : « quand il y a prostatite et un doute

sur vésiculite prononcez plutôt le mot vésiculite au lieu de prostatite ». Cela semblerait peut-être une affirmation plutôt arbitraire.

D'après Vœlcker la fréquence de la spermatocystite dans l'urétrite aiguë est plutôt supérieure au chiffre de 2 à 4 o/o, dans l'urétrite postérieure chronique elle est de 60 o/o ; quand il y a épididymite les vésicules sont atteintes au moins dans 60 o/o des cas.

Thomas dit : « 90 o/o de blennorragiques sont atteints d'urétrite postérieure 90 o/o d'urétrites postérieures sont compliquées de prostatites ». Etant donné que les canaux éjaculateurs sont plus larges que les canaux prostatiques il déduit que 90 o/o d'urétrites postérieures doivent être compliquées de vésiculites.

En ce qui concerne les spermatocystites non gonococciques, leur fréquence est difficile à fixer.

CHAPITRE IV

BACTÉRIOLOGIE

Reich a été le premier qui a trouvé le gonocoque dans l'abcès vésiculaire (Thomas et Harrison).

Au point de vue des gonocoques, actuellement la plupart des auteurs s'accordent à dire que le gonocoque est rarement rencontré dans la prostate et les vésicules.

Squier suggère qu'on peut admettre, en matière de vésiculite, les conclusions suivantes :

1° Excepté les suppurations aiguës, le gonocoque est absent ou rare ;

2° Il y a presque constamment une pilulation des organismes pyogéniques.

Cette condition bactériologique contribue aussi à distinguer des formes correspondantes au point de vue clinique, surtout en la matière de rhumatismes dits blennorragiques :

1° Forme aiguë subite où on trouve des gonocoques, quoique difficilement, dans l'articulation.

2° Formes chroniques, dues surtout aux résorptions toxiques, à point de départ vésiculaire.

Squier frappé de l'absence des gonocoques, sug-

gère que le gonocoque peut subir la mutation (en se rapportant à l'œuvre de Rosenow et de Buerger (1907) sur le pneumocoque). Ce qui est au début une vésiculite neisserienne, devient plus tard un processus d'infection pneumococcique, streptococcique, etc. En examinant le pus obtenu dans les vésiculotomies pratiquées par lui, Squier a trouvé :

Staphylocoque ;

Streptocoque ;

Cocci à Gram positif ;

D'autres organismes ont été vus, mais n'ont pas pu être retrouvés, par la culture.

Huet trouve que les microbes sont présents dans les vésicules séminales chez des animaux sains tels que les chevaux, les chats, les porcs, et aussi chez les animaux de laboratoire.

Il trouve aussi que chez les animaux qui meurent d'une septicémie aiguë, l'organisme spécifique (charbon, pneumonie) peut être découvert dans la sécrétion vésiculaire. De plus l'infection du mâle peut être transmise à la femelle pendant la copulation.

Marchildon a trouvé, au cours de la typhoïde, deux cas de spermatocystites démontrées à l'autopsie. Les cultures pures du bacille typhique ont été obtenues de la prostate et des vésicules.

Fuchs démontre par culture, l'association du colibacille avec le gonocoque (microscopiquement) au cours d'une vésiculite.

Noguès a rapporté un cas de vésiculite à colibacilles, qui auraient traversé le rectum.

Barney cite quelques cas où les cultures obtenues étaient stériles, cependant dans un cas il trouva microscopiquement une abondante colonie de cocci probablement de diplocoques, quelques-uns d'entre eux intracellulaires.

Vœlcker dit avoir trouvé des pneumocoques dans les vésicules enlevées opératoirement.

Picker a trouvé non seulement le pneumocoque mais aussi le gonocoque.

Fuller affirme que dans beaucoup de cas chroniques, le gonocoque n'a pas pu être démontré. Cependant les microbes ressemblant aux streptocoques ont été trouvés.

Belfied attribue l'infection vésiculaire aux gonocoques associés aux colibacilles.

Schmidt dit que le gonocoque n'est pas le germe qu'on trouve le plus fréquemment. Dans le stade aigu, le gonocoque pave la voie à l'infection secondaire, disparaît bientôt et les germes infectieux secondaires sont la cause de la continuation du processus inflammatoire. Dans l'ordre de fréquence ce sont les staphylocoques, les streptocoques, les colibacilles. Il ne croit cependant pas que le gonocoque soit toujours absent dans les cas chroniques.

Collan a trouvé le gonocoque 9 fois dans 15 cas de vésiculite ; Mayer le trouve dans 21 o/o des cas de vésiculite ; Duhot dans 7 observations de spermatocystite aiguë a trouvé : gonocoque 1 ; Bactérium colli 3 ; staphylocoque 3.

Dans un de nos cas, la culture du pus vésicu-

laire recueilli au cours de l'opération resta négative.

Il faut se demander par conséquent si parfois, le gonocoque n'est pas intratissulaire, ce qui arrive dans les arthrites où on le trouve encore dans les franges synoviales.

Culver a examiné une série de 34 malades, chez lesquels tout écoulement avait cessé depuis au moins six semaines.

Chez tous ces malades la prostatite et la vésiculite étaient cliniquement évidentes par leurs contours irréguliers, leur consistance, leur augmentation de volume. Les vésicules contenaient du pus au moment de l'examen.

Il a employé comme contrôle 22 individus sains et il a pris toutes les mesures de précaution possibles.

Sur les 34 malades, 26 présentaient une arthrite aiguë ou subaiguë.

85 o/o de ces individus ont eu une ou plusieurs urétrites gonococciques.

Sur 34 malades, chez 24 seulement on a trouvé des microbes. Il y avait des individus chez qui, même sans irrigation, le liquide obtenu fut trouvé stérile. Chez ces malades des massages et des recherches avaient été faits plusieurs fois. Chez 24 sujets, Culver a trouvé les organismes suivants :

	Seul	Associé aux autres microbes
	—	—
Staphylococcus albus	5 fois	4 fois
Staphylococcus anaérobie.....	1 —	
Streptocoque hémolytique.....	1 —	1 —

Strepto-anaérobie	1 fois	1 fois
Gonocoque	3 —	1 —
Bacille diphtéroïde	3 —	
Micrococque tetragenus	0 —	1 —
Bacille ressemblant au coli	0 —	1 —
Bacillus proteus	0 —	2 —
Micrococcus catarrhalis	0 —	1 —
Un coccus anaérobie à Gram négatif non défini	1 —	0 —
Diplocoque à Gram négatif non défini	0 —	1 —

Les anaérobies ont été donc isolés quatre fois; trois fois seuls et une fois avec d'autres organismes.

Culver n'a noté aucune relation caractéristique entre les microbes et les symptômes observés.

Culver est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les anaérobies et les aérobies peuvent être les organismes coupables des prostatites et des vésiculites chroniques.

Un sixième de la série montra des anaérobies.

2° Les organismes isolés chez les malades dans une proportion de 66 o/o, paraissaient spécifiques pour l'individu infecté.

Ceci est démontré par les réactions positives qui ont suivi l'injection des organismes antigènes; et surtout si on compare ces résultats avec les réactions négatives obtenues avec les injections des autres organismes du même ou d'un autre groupe microbien.

3° A l'examen unique plusieurs cas de prostatite et de vésiculite étaient apparemment non infectés, mais les examens répétés révélèrent l'organisme infectant.

4° Les infections chroniques de la prostate et des vésicules séminales paraissent être partiellement ou complètement responsables des arthrites. Les réactions locales spécifiques, parlent puissamment en ce sens.

5° Le drainage du foyer de l'infection prostatique et vésiculaire par massage ou chirurgicalement, l'inoculation des organismes morts paraissent avantageux.

En présence de ces opinions différentes et de la possibilité de prendre pour des bacilles habitant les vésicules ceux qui se trouvent dans l'urètre (parce que beaucoup d'examens ont été effectués après massage), Thomas et Harrison ont fait 52 autopsies quelques heures après la mort ou quelques jours plus tard mais après réfrigération. Ils ont ainsi soumis à l'examen bactériologique les liquides obtenus par l'incision des vésicules. Voici leurs résultats d'examens :

Dans 13,4 o/o avec antécédents blennorragiques :

a) Dans une moitié des cas, culture négative ;

b) Dans l'autre moitié, la culture révèle le colibacille ;

c) Dans un cas micrococcus albus.

Dans 15,3 o/o sans antécédents blennorragiques :

Présence de coli dans un tiers des cas.

Dans 71,3 o/o sans renseignement sur l'infection vénérienne:

Présence de coli dans quelques cas.

En tout, le colibacille a pu être cultivé dans 16 cas.

Mais il fallait attacher peu d'importance à ce fait puisqu'on en trouve chez les spécimens où il y avait une négation absolue d'infection vénérienne. Ici on peut supposer que le bacillus coli y avait pénétré *post-mortem* et pour la raison suivante : dans 6 cas d'infection colibacillaire on trouva des polynucléaires (pus) ce qui rend probable une spermatocystite *ante mortem* due au bacterium coli.

Pour terminer il serait utile de comparer tous ces résultats d'examen bactériologique des spermatocystites avec ceux trouvés dans la salpingite d'origine gonococcique :

	Stérile	Gonoc.	Strept.	Staph.	Bacille de Koch
Wertheim dans 112 cas trouve..	57	39	11	5	—
Menge dans 117 cas trouve.....	75	28	4	1	9
Witte dans 37 cas trouve.....	24	7	4	1	—

On voit donc l'analogie des spermatocystites avec les salpingites : grand nombre de cas amicrobiens et des cas sans gonocoques.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Spermatocystite aiguë. — La vésicule est gonflée en totalité. La paroi de la vésicule est hyperhémiée. La muqueuse est gonflée et veloutée, souvent couverte de fausses membranes. Le contenu est purulent et hémorragique.

D'autres fois il s'y forme des desquamations formant des moules fibrineuses qui remplissent la lumière de l'organe et y stationnent.

Ces moules sont formées soit de pyocytes, soit de pyocytes et de cellules épithéliales.

Les microbes (gonocoques, etc.) sont à la surface et en général non phagocytés et quelquefois aussi à l'intérieur, en amas, entre les cellules épithéliales et les pyocytes.

Ces formations pseudomembraneuses proviennent d'un travail inflammatoire desquamatif de la muqueuse. Elles s'en détachent à mesure que l'infection progresse en profondeur et s'en évacuent par le canal éjaculateur.

L'évacuation par les canaux éjaculateurs n'est pas facile d'autant plus que la vésicule séminale présente

une membrane élastique entourant la muqueuse et présentant de nombreuses lacunes où la muqueuse se dilate en diverticules. Les orifices de ces diverticules sont souvent étroits.

On comprend facilement que les exsudats accumulés dans ces diverticules se vident mal. Ils y restent longtemps avec leurs microbes et sont ainsi le point de départ, après des guérisons apparentes, de nombreuses poussées inflammatoires.

Voici d'après Duhot, l'examen anatomopathologique d'une vésiculite aiguë chez un blennorragien mort le quinzième jour de sa maladie gonococcique :

« Des leucocytes polynucléaires abondants et des globules rouges en grande quantité.

Beaucoup de mucus et des granulations pigmentaires.

Des cellules épithéliales cylindriques et polyédriques avec des noyaux de différentes grosseurs.

Des cristaux d'hématoïdine, quelques rares sympexions, mais pas de spermatozoïdes.

On y trouve quelques bacilles allongés et des gonocoques extra et intracellulaires, à Gram négatif.

Sur la coupe des vésicules, voilà ce qu'on voit :

Le tissu périvésiculaire présente une vascularisation très forte, les veines surtout sont gorgées de sang et contiennent une proportion plus grande de leucocytes.

Le tissu conjonctif lâche qui entoure les vésicules est transformé en certains endroits en un tissu conjonctif compact riche en noyaux et infiltré de cellules

rondes. Il se confond avec la fibreuse externe des vésicules.

La musculeuse, dont le tissu conjonctif intrafasciculaire a augmenté, est hyperhémié et l'on voit une infiltration de cellules embryonnaires le long des vaisseaux. La muqueuse, très congestionnée, a ses villosités développées, épaissies et anastomosées, et est infiltrée de cellules rondes. L'épithélium prolifère et se desquame abondamment. L'ampoule de Heule montre la même altération que les vésicules. »

Spermatocystite chronique. — Deux sortes de modifications se rencontrent :

Premier type : inflammation superficielle de la muqueuse.

Deuxième type : le tissu sous-muqueux est infiltré et dans les cas anciens la musculature lisse est envahie peu à peu par le tissu conjonctif. En même temps la capsule conjonctive des vésicules séminales s'épaissit de plus en plus.

Dans le premier type, on observe habituellement une végétation de la muqueuse qui paraît encore plus plissée et hérissée de bourrelets qu'à l'état normal et qui est doublée d'épaisseur Fuller a observé un cas où la lumière vésiculaire était remplie d'une masse adénomateuse rappelant une tumeur maligne. En général on trouve une infiltration de la muqueuse par les petites cellules et un catarrhe desquamatif. La vésicule est revêtue à l'intérieur d'une couche de cellules épithéliales cubiques qui sont en partie desquamées ; au dessous se trouve une couche de

cellules de remplacement qui en devenant superficielles s'aplatissent ; on les voit là où l'épithélium cubique est tombé. Au dessous, le tissu sous-épithélial présente une infiltration de petites cellules qui envahissent toute la muqueuse. L'infiltration s'arrête en général au niveau de la sous-muqueuse. Les vaisseaux sanguins sont dilatés et remplis.

Dans le second type, les lésions inflammatoires de la paroi vésiculaire sont très marquées. La sous-muqueuse, la musculaire sont infiltrées de petites cellules et peu à peu la tunique musculaire est envahie. La muqueuse manque entièrement par places et dans les cas anciens l'épithélium est aplati.

Souvent les limites extérieures de la vésicule sont diffuses, la paroi infiltrée de tissu conjonctif se continuant avec le tissu conjonctif voisin inflammé.

La vésicule se trouve dans une gangue conjonctive très épaisse (2 cm. dans un de nos cas), dû à un processus inflammatoire chronique qui s'étend plus loin aux organes voisins, la vessie et l'uretère.

Les veines périvésiculaires sont alors distendues, en formant ce qu'on a appelé les varices vésiculaires décrites à part par Guelliot. Nous avons rencontré une fois ces veines dilatées dans une périvésiculite mais toutes les veines du bassin y participaient.

Le contenu de la vésicule séminale inflammée est souvent brunâtre, dû au pigment de globules rouges morts mêlés à la sécrétion muqueuse et aux dépôts phosphatiques. Les sympexions qui sont peut-être des produits pathologiques s'agglomèrent et

s'organisent aussi (Guelliot). Ce travail peut conduire à la formation des calculs (Guelliot).

On trouve en général de nombreux pyocytes.

Les spermatozoïdes sont parfois absents où sont immobiles, ce qui veut dire que le liquide d'une vésicule chroniquement inflammée n'est plus propice au sperme. Voici les opinions des auteurs :

Duhot, Guelliot, Collan ne trouvent pas de spermatozoïdes, Lewin et Bœhm trouvent des spermatozoïdes morts dans 11 o/o des cas.

Fuller a divisé les spermatocystites chroniques d'après ce qu'on trouve au moment de l'opération en :

1° Cas où le tissu cellulaire périvésiculaire présente un épaississement induré. La vésicule est sclérosée ;

2° Cas où il y a surtout du catarrhe inflammatoire et de la dilatation des vésicules (pyovésiculosis) ;

3° Cas où on trouve des végétations adénomateuses des vésicules.

Thomas et Harrison qui ont examiné 52 vésicules après la mort, divisent les inflammations des vésicules séminales en :

1° Catarrhale ;

2° Suppurative ;

3° Interstitielle (fibroscléreuse, White) ;

4° Péricystique (paninflammatoire, englobant vésicule et prostate, White).

Suivant les données de la palpation, Lewin et Bœhm divisent les spermatocystites en trois groupes :

Premier groupe : spermatocystite catharrale où le

massage ramène peu de pyocytes, avec ou sans gonocoques, 72 o/o.

Deuxième groupe : spermatocystite fibreuse où on sent deux cordons, 23 o/o.

Troisième groupe : périspermatocystite et pyovésiculosis, 7 o/o.

Au toucher rectal, les vésicules chroniquement inflammées peuvent varier d'une lésion impalpable à une pyovesiculosis de 50 centimètres cubes.

Evolution des lésions. — La spermatocystite a peu de tendances naturelles à la guérison (l'influence des formes anatomiques).

L'oblitération du canal éjaculateur, suite de l'inflammation, rend la guérison difficile, presque impossible. Barnett (1910) a donné de très bonnes préparations de dissection de ce genre (il a fait à Vienne plus de 100 dissections des vessies avec les vésicules). Belfield, Thomas ont observé des cas analogues. Sur le vivant il est facile de le rechercher en injectant du bleu (ou un autre liquide) dans le déférent, et cathétérisant l'urètre prostatique en même temps. De ces oblitérations résulte la rétention, ce qui constitue l'empyème chronique de la vésicule (pyovesiculosis) analogue au pyosalpinx (Belfield). Peu à peu, il peut en résulter la mort des microbes et la stérilité du contenu. Il est vraisemblable que la plupart des cas d'infection gonococcique aboutissent à de semblables rétentions chroniques aseptiques, comme les salpingites dont au moins 85 o/o sont d'origine gono-

coccique alors que dans trois quarts des cas on trouve du pus stérile.

La transformation de la vésicule en une masse solide de tissu conjonctif avec disparition de la lumière est rare. Plus souvent c'est un sac fermé avec un contenu brunâtre (couleur due au pigment sanguin). Quelquefois les diverticules se sont isolés et ont formé des kystes.

Les formes catarrhales ouvertes conduisent souvent à une surdistension de la paroi vésiculaire sans réaction de tissu conjonctif que quelques auteurs appellent la dilatation atonique.

Picker ayant observé de grandes différences dans l'évolution des spermatocystites a étudié les diverses formes anatomiques des vésicules séminales et leur influence sur la forme clinique de vésiculites. Ses recherches portent sur 72 cas, 56 normaux et 16 pathologiques. Voici ses résultats :

Forme A (7 o/o). — Tubes droits et simples d'une longueur allant jusqu'à 6 centimètres. Dans cette forme il y a peu de complications et il n'y a aucune disposition à la rétention.

Forme B (15 o/o). — Gros tubes épais, contournés en tire-bouchon sans ou avec diverticules. Les diverticules sont plutôt rares. Leur longueur peut aller jusqu'à 23 centimètres. Leur volume jusqu'à 11 centimètres cubes.

Dans cette forme il y a formation de grosses masses purulentes ; la température est élevée, tant que le gonflement des canaux éjaculateurs empêche

l'évacuation du pus et maintient la vésicule en rétention. On trouve du côté du rectum une grosse tumeur saillante, vives douleurs vésicales et rectales, coliques séminales, ténesme vésical, quelquefois rétention aiguë d'urine incomplète ou complète.

Le massage donne souvent dans ces cas d'énormes amas purulents.

Cette forme guérit très bien et de façon complète à cause de l'absence de diverticules de grande dimension.

Forme C (15 o/o). — Minces tubes entortillés à lumière étroite avec ou sans petits diverticules. Longueur 8-11 centimètres. Volume 2-7 centimètres cubes.

Cette forme ressemble au groupe B, si les tubes sont très contournés et au groupe A, si les tubes sont peu contournés.

Forme D (33 o/o). — Le tube principal est droit ou entortillé avec grands diverticules en grappe. La longueur varie de 7 1/2 à 19 centimètres, volume 5 centimètres cubes.

Comme le groupe suivant, il est très propice à la rétention. La fièvre peut persister longtemps et simuler les grandes pyrexies (fièvre typhoïde, grippe).

Forme E (33 o/o). — Tube principal court, avec grands canaux accessoires ramifiés, irréguliers. Longueur 14 centimètres, volume 10 centimètres cubes.

C'est la forme la plus rebelle, très propice à la rétention chronique. On doit se demander si après les phénomènes aigus initiaux et la chute de la tem-

pérature, les masses purulentes se vident. C'est dans ces deux dernières formes, quand la guérison paraît parfaite, qu'on voit survenir après le coït forcé, de ces récidives inattendues de la gonorrhée chronique. Et dans ces formes, il est difficile de dire si la guérison est complète. On peut facilement s'y tromper.

En plus Picker a rencontré les formes anormales embryologiques et pathologiques :

1° *Anomalies embryologiques.* — Vésicules doubles, vésicule rudimentaire, canal de Müller persistant, vésicule couvrant l'ampoule, canal éjaculateur dans la paroi postérieure de la prostate ;

2° *Conditions pathologiques.* — Adhérences inflammatoires et obstruction des canaux déférents, etc.

L'ampoule présente aussi de grandes variétés (Picker) : tubes droits, tubes épais avec diverticules en bourgeon, grands diverticules avec subdivisions, etc.

J. Dellinger Barney trouve que la vésicule opposée réagit à l'inflammation de son congénère ; l'ampoule et le canal déférent sont pris en même temps que la vésicule correspondante. Il croit aussi à une relation très étroite entre la prostate et la vésiculite ainsi qu'à leurs réactions réciproques. Porosz partage cette opinion.

Il faut se rappeler que Fuller intervient toujours sur les deux vésicules à la fois.

Fistules. — Il est rare qu'une spermatocystite s'ouvre dans un organe voisin ou au dehors et forme

une fistule (par opposition à la tuberculose vésiculaire).

Guelliot cite quatre observations anciennes dont la plus probante est celle de Lallemand :

« Un malade a successivement deux prostatites suppurées blennorragiques. La seconde, ouverte spontanément dans le rectum, est suivie d'un phénomène bizarre : à chaque pollution nocturne le sperme passe en grande quantité dans le rectum ; de plus quelques gouttes y parviennent chaque jour. Au bout de deux mois, sans traitement spécial, la fistule se guérit et les fonctions génésiques ont repris leur cours normal ».

Wildbolz cite les autres cas d'ouverture de la vésicule dans le péritoine (Kocker), dans le rectum (Vajda), vessie (Mitchel Henry, Kocker, Wildbolz), l'urètre (Rekfisch et Mayer).

Picker rapporte un cas personnel de gonorrhée rectale causée par la spermatocystite.

CHAPITRE VI

MÉTHODES D'EXPLORATION

Palpation des vésicules séminales par le rectum. — Feleki (1895) a mesuré sur le cadavre la distance à l'anus :

	Minimum	Maximum	Moyenne
1° Du bord inférieur de la prostate.....	5 cm.	8 cm.	6,3 cm.
2° Du bord supérieur de la prostate.....	7,5	13	9,2 —
3° Du bord supérieur des vésicules séminales...	9	16,5	12,5 —

Lewin et Bœhm (1909) trouvent :

Le bord inférieur des vésicules à 5, 5-7 centimètres.
Le bord supérieur des vésicules à 8-12 —

La longueur de l'index est de 7-8 centimètres, mais déprimant le périnée ou atteint facilement 10 centimètres et plus.

Le décubitus latéral qui est encore souvent employé n'est pas très pratique.

Le décubitus dorsal est bien préférable : on fait lever les membres inférieurs en pliant les genoux. On peut se servir aussi bien de l'index droit que de

l'index gauche. On peut faire placer les deux poings fermés du malade sous le sacrum.

La position genu-pectorale est moins commode pour le patient ; de plus elle éloigne les vésicules et la vessie de l'anus ce qui est un défaut. Elle n'est utile que pour la rectoscopie.

La meilleure position est la station debout avec le tronc penché en avant. Le malade s'appuyant sur une table. Fuller a insisté beaucoup sur cette position. Elle a plusieurs avantages : d'abord l'index de l'explorateur se dirige naturellement en avant vers les vésicules et la prostate et on explore facilement à droite et à gauche. L'index presse de haut en bas, ce qui donne plus de force au doigt. Le patient peut en quelque sorte s'asseoir sur la main exploratrice ce qui, en rapprochant les parties à examiner, épargne l'effort de l'examinateur. Enfin dans cette position on peut déprimer, repousser le périnée au maximum, ce qui naturellement raccourcit la distance des vésicules à l'anus.

Thompson recommande la position agenouillée avec les bras croisés et le corps légèrement penché en avant, ce qui amène un abaissement notable des parties à toucher. Cette méthode est employée par plusieurs auteurs américains.

Pour faire la palpation la vessie doit être remplie du liquide, 150 à 200 grammes sont la quantité optima.

Cette réplétion a un double avantage :

1° Les vésicules sont un peu abaissées ;

2° Elles reposent sur un plan plus résistant.

Technique de la palpation : Enduire abondamment le doigt d'un corps gras et l'introduire lentement en s'arrêtant chaque fois qu'il y a contracture du sphincter. Se rappeler que la portion anale de l'intestin se dirige en avant vers la prostate et non en arrière vers la concavité sacrée. Arrivés dans l'ampoule, chercher d'abord la prostate. L'interprétation des sensations qu'on éprouve n'est pas toujours facile ; il faut beaucoup d'habitude. La prostate est généralement cherchée trop haut, surtout chez les sujets maigres à périnée peu épais.

L'opinion que la prostate est plus petite chez les hommes jeunes que chez les vieux n'est pas toujours exacte. On trouve souvent des grosses prostates chez les sujets jeunes et les prostates atrophiques chez les gens âgés.

En général, il faut d'abord tâter le bord inférieur, le bec de la prostate. Ensuite rechercher des bords droit et gauche et suivre les limites latérales de deux lobes, en remontant en haut vers la base. La base présente en son milieu une échancrure d'où part le sillon médian qui sépare les deux lobes l'un de l'autre.

On procède ensuite à la palpation des vésicules à droite et à gauche du bord supérieur de la prostate en se souvenant que les vésicules séminales se séparent sous un angle obtus et qu'en dedans d'elles il y a les ampoules des canaux déférents qui s'accolent sur la ligne médiane.

La question de savoir si une vésicule séminale normale se distingue les tissus environnants et si elle peut être palpée, est discutée. Guyon tient les vésicules séminales presque toujours pour palpables. Lewin et Bœhm trouvent les vésicules chez 70 o/o de sujets âgés de dix-sept à soixante-dix ans. Guelliot dit qu'une vésicule qu'on peut reconnaître au doigt est une vésicule malade. Duhot considère que que les vésicules ne sont jamais vides : le canal éjaculateur étant plus étroit que le canal vésiculaire, le sperme passe du déférent d'abord dans la vésicule. La radiographie confirme cette opinion.

La possibilité de palper une vésicule normale dépend tout d'abord de l'examen plus ou moins minutieux de l'observateur, puis du degré de réplétion. D'après sa fonction de réceptacle du sperme et et d'organe sécrétant, on trouve la vésicule tantôt en état de réplétion moyenne, tantôt vide et par conséquent plus ou moins appréciable.

Mais il en est de même pour une vésicule pathologique suivant qu'elle est en rétention ou non.

Pour dire qu'une vésicule est pathologique il faut reconnaître au toucher :

1° *La douleur à la pression.* Elle est à distinguer de la douleur prostatique et de celle de la paroi pelvienne. Elle varie suivant le degré de l'inflammation. Dans les cas aigus, elle est quelquefois vive et à peine supportable. Elle est plus sourde dans les cas chroniques. Quelquefois il y a en même temps épreinte urinaire, envie d'uriner (pression sur l'uretère). La

douleur à la pression doit être comparée avec la douleur spontanée et les irradiations. Pour Cabot la vésicule est souvent sensible dans l'adénome prostatique où cependant la spermatocystite est absente.

2° *Les différences de volume et de consistance* sont appréciées par comparaison entre le côté droit et gauche et par rapport à l'état normal. On peut quelquefois observer une surface bosselée avec des circonvolutions et des sillons comme dans le cerveau. L'atrophie de l'organe et sa moindre consistance sont beaucoup plus difficiles à reconnaître.

3° Toutes les inflammations vésiculaires tendent à *l'épaississement du tissu cellulaire périvésiculaire.* Les organes sont enfouis dans une couche indurée. Le doigt sent alors les indurations diffuses de la région sus-prostatique, sans limites nettes. Quand la lésion est bilatérale le rectum semble entouré d'un anneau. Le bas-fond et le trigone sont pour ainsi dire doublés, ce qui ferait penser à l'existence d'une péricystite. Cette masse périvésiculaire indurée implique forcément l'existence d'une vésiculite sous-jacente ;

4° Est-il possible de distinguer l'ampoule du déférent d'avec la vésicule ? Les deux organes sont situés dans la même loge cellulaire et aponévrotique (fascia intervésiculaire de Lowsley) et participent fréquemment aux mêmes lésions inflammatoires.

5° Il faut aussi arriver à distinguer les vésicules d'avec la prostate. Il faut, pour cela, palper avec soin la région du col de la vésicule et la moitié correspon-

dante de la prostate. Théoriquement tout au moins, quelquefois pratiquement, on peut reconnaître à ce niveau l'induration de la prostate soit en noyaux isolés, soit diffuse, soit l'induration en cordon entourant le canal éjaculateur.

Mais parfois la prostate est malade sans qu'on puisse trouver un changement de consistance. Il en est ainsi dans certains abcès prostatiques qui se vident par l'urètre.

Fuller dit qu'on a généralement tendance à qualifier de prostatite toute masse prostato-vésiculaire inflammatoire. Il croit que la majorité de ces inflammations sont des vésiculites, et il dit qu'on aurait plus raison de les appeler vésiculites que prostatites. Là, où il y a infection des vésicules séminales et où le processus inflammatoire s'étend derrière les parois des vésicules séminales et envahit les tissus sains de l'espace post-prostatique, il doit y avoir l'infiltration dans l'intérieur de la capsule de la prostate.

D'après Fuller et Belfield la prostate ne serait pas augmentée de volume, mais serait affectée de la même façon que l'utérus dans la pelvipéritonite où vous avez une inflammation des salpinx et non de l'utérus. Toujours d'après Fuller, dans les grosses tuméfactions molles qui semblent être la prostate tuméfiée, le foyer se trouve généralement derrière et est en rapport avec les vésicules séminales.

Récolte du contenu vésiculaire par expression. — Le procédé de 3 verres n'a guère d'intérêt pour la sécrétion vésiculaire.

Il est préférable de faire l'expression de la vésicule par le toucher rectal, en pressant de haut en bas suivant l'axe de la vésicule jusqu'à la prostate et en s'efforçant ensuite de vider les diverticules.

Cabot lave l'urètre et remplit la vessie d'eau boriquée.

Il masse la prostate sans toucher aux vésicules et expulse son contenu dans l'urètre. Une partie s'écoule par l'urètre antérieur, l'autre va dans la vessie. On fait évacuer le contenu de la vessie. On centrifuge pour examiner le contenu prostatique. On lave de nouveau l'urètre et on remplit la vessie avec de l'eau boriquée ; enfin on fait le massage des vésicules.

La sécrétion est recueillie en partie au méat, en partie dans l'eau boriquée évacuée, puis centrifugée.

Reynes fait uriner dans 5 verres :

1° Sans massage ;

2° Après massage des glandes de Cooper ;

3° Après massage de la prostate ;

4° Après massage de la vésicule séminale droite ;

5° Après massage de la vésicule séminale gauche.

Ballenger instille dans l'urètre postérieur une solution de nitrate d'argent de 1 à 2 o/o pour provoquer une urétrite chimique. Après quelques heures il ferme le méat avec du collodion et masse la prostate et les vésicules. La sécrétion reste dans l'urètre et si elle contient des microbes ils trouvent là un bon terrain de développement. On les trouve ensuite facilement.

Ce procédé est bon pour déceler une infection des voies génitales, mais non pour en fixer le siège.

Examen du liquide vésiculaire recueilli. — 1° *Contenu normal des vésicules séminales.* — Il est inodore (n'a pas l'odeur caractéristique du sperme éjaculé), muqueux, visqueux, gluant, de réaction alcaline et de poids spécifique élevé.

Il est de couleur grisâtre, brunâtre chez les sujets âgés (pigment provenant de l'épithélium. Petersen, 1907). La sécrétion vésiculaire est insoluble dans l'eau mais se dissout facilement dans l'acide acétique et ferrocyanure de K. Elle n'est pas coagulée par la chaleur sauf présence de NaCl. Cette sécrétion chaude dévient gélatineuse quand elle se refroidit.

Au microscope on trouve des corpuscules spéciaux arrondis, transparents, *sympexions de Robin*. Leur rôle et leur composition chimique ne sont pas bien déterminés. Pour certains auteurs ce seraient des formations pathologiques. Ils sont transparents, arrondis, et pourraient être pris pour des bulles d'air.

On trouve également des *spermatozoïdes*, de petites gouttelettes muqueuses et souvent aussi des *particules de phosphates* amorphes.

Les cellules épithéliales. les leucocytes et les globules rouges, ne se voient que dans les cas pathologiques.

Schlagintweit a décrit un phénomène qui paraît caractéristique de la sécrétion vésiculaire pure.

Si on met une goutte de cette sécrétion dans l'eau, elle ne s'y mélange pas. Elle tombe par l'effet de la

pesanteur en restant rattachée à la surface par un filament. Si on ajoute de la sécrétion prostatique au liquide vésiculaire il perd de sa viscosité et se mélange à l'eau.

2° *Contenu des vésicules pathologiques.* — On y trouve du pus, des cellules épithéliales, du sang et quelquefois des microbes.

Dewin et Bhœm trouvent :

Leucocytes dans 100 p. 100.

Gonocoques 14 p. 100.

Spermatozoïdes : vivants 20 p. 100 ;

morts 11 p. 100.

Guelliot dit que les spermatozoïdes sont absents dans les cas pathologiques.

Picker a étudié les *moules* des vésicules et de l'ampoule du déférent. Ils montrent des saillies et des dépressions qui se moulent sur les cavités des vésicules.

Pour distinguer microscopiquement le liquide prostatique du liquide vésiculaire, Valentine (1909) cite les différences qu'Heitzmann avaient indiquées. La différence est basée d'abord sur le fait que les cellules prostatiques sont larges et cuboïdales tandis que celles des vésicules sont plus petites et cylindriques. De plus l'épithélium des vésicules séminales présente des granulations pigmentaires (Petersen) qui ne sont jamais vues dans l'épithélium des glandes prostatiques.

Examen du sperme. — Le sperme obtenu aseptiquement est soumis à l'examen microscopique et

bactériologique. Au microscope, il faut chercher avant tout la présence des polynucléaires et des microbes. Cet examen n'a pas de valeur absolue puisqu'il n'indique pas la localisation vésiculaire de l'infection.

Urétroscopie. — Le meilleur instrument pour l'urétroscopie postérieure est actuellement l'urétroscope à eau de Mac Carthy. Il donne une clarté absolue et un agrandissement permettant de voir les plus petits détails.

Il est à irrigation continue et permet de maintenir le liquide toujours clair. Il est incontestablement supérieur à tous les autres urétroscopes connus (Goldschmidt, Wossidlo, Luys, etc.).

On peut rencontrer le gonflement congestif et l'œdème du veru montanum, mais ils n'ont pas de valeur absolue au point de vue d'origine vésiculaire.

Les orifices des canaux éjaculateurs peuvent être élargis ou tout simplement gonflés et rouges.

On peut voir l'éjaculation du pus spontanée ou provoquée par le toucher rectal (observat. XIX).

L'utricule peut être aggrandi et rouge.

Les polypes se rencontrent surtout au niveau des canaux éjaculateurs (observat. XIX).

L'urétrocystite kystique peut être constatée (observat. XIX).

Les ulcérations du veru ont été vues par Vœlcker.

Wossidlo a rapporté (1907) une abondante littéra-

ture sur 103 cas personnels de verumontinite. Il a trouvé les lésions suivantes :

1° L'hyperhémie et gonflement catarrhal du colliculus. Le colliculus forme un gros bourrelet. Il peut atteindre, plusieurs fois son volume normal.

Il est de couleur rouge. La surface est œdémateuse lobulée, d'aspect framboisé ;

2° L'inflammation des orifices des canaux éjaculateurs. Luys les compare aux orifices des uretères (miroir des vésicules séminales) ;

3° Quand il y a sclérose du tissu cellulaire sous-jacent la surface est jaunâtre ou blanchâtre. La muqueuse a un aspect desséché. Souvent le colliculus est parsemé de cicatrices.

Feleki a aussi vu une forme anémique et une forme hyperhémique. La première correspond à un envahissement scléreux et la seconde à une réaction récente irritative et inflammatoire. Ces deux lésions se réduisent en somme à l'infiltration molle et dure.

Ces lésions du veru, selon beaucoup d'auteurs, sont attribuées à une affection primitive des vésicules. On ne saurait affirmer d'une façon absolue que la spermato-cystite en est toujours la cause. L'indépendance de ces lésions dans bien des cas n'est pas discutable.

Cystoscopie. — Souvent elle donne des résultats intéressants.

Le ténesme vésical attribué par Lloyd à l'influence mécanique de la vésicule séminale sur le col de la vessie, paraît plutôt dû, d'après Fuller, à la propaga-

tion de la périvésiculite à la paroi vésicale. Il est bon de se rappeler des images cystoscopiques observées dans les processus inflammatoires des annexes et du cancer de l'utérus. Il s'agit alors d'une péri-cystite du trigone et du bas-fond.

Dans un cas, nous avons vu des lésions de cystite kystique sans que le malade présentât pour cela des phénomènes de cystite.

Lloyd n'a rien trouvé d'anormal.

Fuller dit que certains symptômes urinaires (pollakiurie) peuvent exister sans qu'on trouve des lésions vésicales.

D'autres fois en présence des symptômes de vraie cystite, Fuller a trouvé des lésions qui répondent aux vésicules séminales, c'est-à-dire sur le côté du trigone et dans le bas-fond. La partie supérieure était toujours libre.

Voyons les lésions rencontrées par Fuller :

Dans les cas insignifiants le cystoscope montra la muqueuse rouge infiltrée et œdématiée, tandis que dans les cas sévères le tissu granuleux avait en grande mesure remplacé la muqueuse. Çà et là les granulations laissaient voir des flocons de pus et des taches hémorragiques. Dans quelques cas le contact instrumental était suffisant pour provoquer une hémorragie. Dans un cas une incrustation phosphatique s'était formée. Toutes ces lésions sont dues à la péricystite causée par la périvésiculite.

Après la vésiculotomie toutes ces lésions disparaissaient.

Quand la vésicule forme une grosse tumeur on peut voir un soulèvement asymétrique de la paroi vésicale inféro-postérieure. Damski a vu ainsi une grosse vésicule gauche qui soulevait le bas-fond. La surface soulevée par la tuméfaction était blanchâtre tandis que le trigone était hyperhémique. On ne voyait pas l'embouchure de l'uretère gauche. Pick a rapporté un cas semblable.

Ponction exploratrice de la vésicule. — Elle est d'un emploi exceptionnel.

Elle peut se pratiquer par deux voies : 1° périnéale ; 2° transrectale.

La voie périnéale est certainement difficile. Pour arriver à la vésicule, il faut piquer latéralement en avant de l'anus et à travers la graisse du creux ischéorectal, sous le contrôle du doigt introduit dans le rectum et pousser vers la tuméfaction vésiculaire.

La voie transrectale est plus facile. Il suffit de déprimer le rectum avec un speculum pour découvrir la tumeur qu'on pique à travers la paroi rectale (Damski, Lloyd, Kocher).

Radiographie des vésicules séminales. — La technique en est la même que dans l'irrigation vésiculaire par vasotomie de Belfield, le malade se trouvant cette fois-ci sur la table de radiographie (Voir la technique opératoire).

Pour pouvoir remplir la vésicule, il faut que le liquide poussé par le déférent arrive d'abord dans la vésicule et non pas dans l'éjaculateur et ensuite dans l'urètre.

De Graaf avait déjà prouvé que le liquide poussé par le canal déférent remplit et gonfle les vésicules avant de s'écouler par l'urètre.

Thomas en donne l'explication anatomique. L'orifice du canal vésiculaire est beaucoup plus large en comparaison avec la lumière des canaux éjaculateurs. Ceci facilite le remplissage de la vésicule par le contenu des ampoules avant que ce contenu soit propulsé dans le canal éjaculateur.

Les phénomènes qui peuvent être observés par la radiographie sont les suivants :

1° Le canal déférent peut être extrêmement tortueux et son ampoule peut présenter de larges diverticules. Il peut être rétréci ou oblitéré ;

2° Aucune solution ne s'écoule à travers le canal éjaculateur avant que le canal déférent et la vésicule ne se soient remplis, parce qu'il y a un sphincter (Porosz, Belfield, Thomas).

Thomas trouve la preuve de l'existence de ce sphincter dans le fait qu'après la mort, le liquide passe immédiatement dans l'urètre (c'est-à dire que le canal est ouvert parce qu'il y a relâchement du sphincter *post mortem*). La vésicule se remplit par le fond (Thomas). Une fois remplie, la vésicule s'évacue tout à fait comme dans ce qui se passe pour la vessie (Thomas).

D'après Belfield, le canal déférent et la vésicule présentent un véritable péristaltisme semblable à celui de l'uretère. Grâce à lui le contenu est évacué dans l'urètre prostatique par intermittences. De l'urètre

prostatique le liquide passe en avant vers le méat et en arrière pour la plus grande part dans la vessie.

Par ce fait Belfield a voulu expliquer certains autres phénomènes.

a) Puisque la sécrétion des vésicules peut précipiter les sels des urines, il est évident que dans ces cas la phosphaturie est d'origine vésiculaire et non d'origine rénale ;

b) Puisque le sang et le pus passent par le péristaltisme des vésicules dans l'urètre prostatique et de là dans la vessie, il est évident qu'une hématurie, une pyurie, une albuminurie transitoires ou non peuvent être causées de façon semblable. Bref, Belfield fait la proposition suivante : La vessie est un réservoir pour les éléments expulsés par le péristaltisme des vésicules aussi bien que pour ceux expulsés par l'uretère.

3° Les anomalies congénitales des vésicules séminales (vésicule double) ;

4° La forme vésiculaire suivant l'un des types de Picker ;

5° Les rapports de la vésicule avec l'uretère. Leurs relations dans le rétrécissement de l'uretère par la périvésiculite (cas de Young et Morgan, Belfield, Barnett) ;

6° La transformation de la vésicule en un tube purulent (pyovésiculose). La vésicule est augmentée par rapport à l'autre vésicule ;

7° L'oblitération de certaines parties des vésicules où le collargol ne pénètre pas. L'image a montré une lacune dans le cancer vésiculaire (cas de Belfield) ;

8° L'oblitération des canaux éjaculateurs.

CHAPITRE VII

RAPPORT DE LA SPERMATOCYSTITE AVEC LES AUTRES ORGANES

Vessie et rectum. — Les symptômes vésicaux dus à la spermatocystite seront décrits plus loin.

Dans le chapitre des méthodes d'exploration nous avons rapporté les lésions qu'on peut rencontrer au cours d'une spermatocystite.

Mitchell Henry, Kocker et Wildbolz ont rapporté des cas d'ouverture des vésicules dans la vessie.

A. Zinner a rapporté un cas d'ouverture opératoire d'un kyste vésiculaire qui était visible à la cystoscopie et cachait un orifice urétéral.

D'après lui, la vésicule s'ouvrirait dans la vessie seulement dans les cas de malformation du bas-fond et du trigone amincis. L'ouverture habituelle de la vésicule, selon Zinner, devrait se faire dans le rectum.

A côté des cas dûment vérifiés et publiés d'ouverture des vésicules dans le rectum (Guelliot, Duhot, Vajda, etc.), il faut se demander combien de ces fistules ont été attribuées à l'ouverture de la prostate dans le rectum.

Epididyme. — Lewin et Bœhm dans 124 cas d'épididymite trouvent :

Prostatite et spermatocystite. .	65	soit 61 o/o
Spermatocystite.	11	
Prostatite.	42	soit 39 o/o
Urétrite antérieure.	4	
Sans cause.	2	

et ils concluent que l'épididymite et la vésiculite ne dépendent pas l'une de l'autre.

Comme nous l'avons dit en parlant de la fréquence de la vésiculite, Lucas sur 285 cas d'épididymite trouve :

117 fois la congestion ou inflammation des vésicules ;

174 fois rien aux vésicules.

Colombini trouve la vésiculite dans 62,5 o/o des cas d'épididymite.

Pour Picker, l'épididymite, lorsqu'elle survient spontanément, par le cathétérisme, ou par le massage, est la preuve d'un état pathologique des vésicules séminales et des ampoules.

On connaît bien des cas d'épididymite qui suivent le massage des vésicules. Le rôle des vésicules ici paraît évident.

Prostate et urètre postérieur. — Les rapports des vésiculites avec la prostatite et les lésions de l'urètre postérieur sont étudiés par ailleurs dans les différents chapitres de ce travail.

L'hypertrophie prostatique (adénome sus-spermatique) présente certains rapports avec la vésiculite.

Elle produit la compression des canaux éjalacuteurs.

Vœlcker, Belfield, pensent que les troubles urinaires au début de l'hypertrophie, alors qu'il n'y a pas encore de rétention vésicale, peuvent être dus à la rétention dans les vésicules séminales, par suite de la compression des canaux éjaculateurs.

Cette rétention vésiculaire est facile à démontrer par le massage. Le contenu des vésicules dans ces cas n'est ni purulent, ni sanglant ;

Souvent on note au début de l'hypertrophie prostatique, une certaine excitation sexuelle, mais le coït s'accomplit avec des sensations douloureuses et n'est pas suivi d'une sensation normale de plaisir et de calme.

Nous avons déjà parlé des urines troubles chez les prostatectomisés. Ici la vésicule infectée déverserait du pus continuellement dans la loge prostatique (Legueu).

Young a observé des troubles articulaires sévères et des névrites chez les prostatiques présentant en même temps prostatite et vésiculite. La prostatectomie périnéale les avait débarrassés de ces souffrances à leur grande surprise.

Tout dernièrement, Marion a présenté la vésiculite comme un des symptômes différentiels du cancer de la prostate. D'après lui ce symptôme manquerait dans l'adénome prostatique.

Uretère. — Les rapports de l'uretère avec l'extré-

mité supérieure de la vésicule expliquent certains troubles.

Théoriquement, il peut y avoir :

1° Compression par vésicule distendue ;

2° Compression par tissu cellulaire infiltré ;

3° Sténose complète ou incomplète.

Barnett en disséquant à Vienne cent vingt vessies avec les vésicules, a observé une compression de l'uretère par vésiculite avec une dilatation sus-jacente.

Belfield a noté des cas analogues. Il compare la gaine celluleuse des vésicules aux ligaments larges (ligaments larges de l'homme). Pour lui l'inflammation de ce tissu peut comprimer l'uretère.

Morgan a vu un cas semblable avec des lésions du rein.

Zuckerkardl remarque que, dans beaucoup de cas d'hypertrophie prostatique, l'uretère est dilaté au-dessus du point de croisement avec le canal déférent. Il y a donc là une rétention vésiculaire (par compression du canal éjaculateur) qui détermine la dilatation de l'uretère.

Picker dans son travail sur les fausses coliques néphrétiques a rassemblé plusieurs cas dus à la compression de l'uretère par vésiculite.

Nous avons vu chez un malade mort à la suite d'un abcès urineux, l'uretère gauche complètement oblitéré par une grosse périvésiculite. La vésicule était remplie de concrétions, qui s'écrasaient facilement sous le doigt.

Le rein correspondant était atteint d'un pyélonéphrite très étendue (observation XIV).

Spermatocystite et péritonite. — La spermatocystite a donné lieu dans quelques rares cas à une propagation péritonéale.

C'est en général par voie lymphatique que l'infection se propage (Guelliot), très rarement par rupture (Mitchell). Enfin il peut y avoir une simple réaction péritonéale au cours des spermatocystites aiguës.

La péritonite peut être séreuse. Elle guérit alors spontanément (comme dans certaines formes d'annexites). C'est le cas de Gosselin cité dans ses Cliniques.

D'autres fois la péritonite peut être purulente.

Peter a publié une observation de péritonite, suite de vésiculite et de déférentite, compliquée de pleurésie diaphragmatique ; la mort s'ensuivit sept jours après le début des accidents.

Guyot a rapporté dans sa thèse deux exemples de péritonite généralisée et mortelle consécutive à une prostatovésiculite blennorragique (cas de Ricord et de Roux).

Le malade de Mitchell Henry a succombé à une véritable péritonite par perforation, le pus que contenait la vésicule séminale gauche s'étant fait jour dans la vessie et dans le cul-de-sac péritonéal. Le malade s'était surtout plaint d'une douleur dans les lombes et dans la région de la hanche gauche. Il avait de la dysurie.

D'autres fois ce n'est plus la séreuse mais le tissu

cellulaire sous-péritonéal qui participe à l'inflammation : il y a alors de vrais phlegmons sous-péritonéaux analogues à la pelvi-péritonite blennorragique chez la femme (Guelliot).

Il existe dans ce genre des cas de Faucon et de Reliquet rapportés par Guelliot où il s'agissait de phlegmons périvésiculaires. Lanceraux et Laforgue ont noté un phlegmon périnéphrétique à la suite d'une vésiculite.

Thrombophlébite du plexus vésiculo-prostatique. — Guelliot en rapporte 2 cas autopsiés. Le diagnostic en est impossible sur le vivant. Vœlcker conseille dans ces cas la ligature des veines hypogastriques !

Spermatocystite et infection générale. Rhumatisme blennorragique. — Guelliot rapporte 2 cas de pyohémie qui serait due aux vésiculites. Ce sont les cas de Beer et de Purser. Ils ne sont pas absolument concluants, en ce qui concerne leur point de départ vésiculaire.

Actuellement nous savons que n'importe quelle partie des voies génitales, siège de l'infection gonococcique ou autre, peut devenir à un moment donné le point de départ d'une infection générale. Cette infection générale, cette septicémie, pratiquement et le plus souvent, se présente sous forme de manifestations articulaires. En voici les raisons en ce qui concerne les vésicules :

1° La rétention vésiculaire par obstruction de canaux éjaculateurs ;

2° La richesse des plexus vasculaires;

3° La grande surface muqueuse qui tapisse la vésicule et qui présente ainsi un vaste foyer septique ;

Ou 4° Le massage trop intempestif.

Les arthrites, les synovites tendineuses succédant à une blennorragie sont actuellement universellement admises. Pour les raisons sus indiquées, on est amené à considérer les vésiculites comme étant leur cause fréquente. En vérité, la vésiculite n'est pas responsable au sens propre du mot. C'est la maladie elle-même, la gonococcie qui est coupable, la vésiculite étant un des degrés dans l'envahissement de l'organisme par le gonocoque. Mais la vésicule transformée en un large foyer, l'infection et l'organisme s'étant déjà montré insuffisant à enrayer la maladie par ses propres moyens leucocytaires et immunitaires, l'agent a pu faire ainsi une étape de plus. Une fois dans la circulation générale le microbe s'est localisé à *locus resistentiæ minoris*.

Lasègue avait déjà soutenu que l'arthrite blennorragique est bien l'expression d'une pyohémie atténuée (surtout les arthrites non suppurées).

Le rhumatisme blennorragique est pratiquement le premier degré clinique, la première manifestation de l'infection générale par le gonocoque ou les autres microbes, comme on le verra plus loin.

Il est aussi le plus fréquent parmi les complications générales des spermatocystites.

Quel est le rôle exact de la vésicule dans le rhumatisme ?

La vésicule n'est pas toujours le point de départ de la septicémie. C'est l'urétrite et la prostatite, quelquefois une balanite, une vulgo-vaginite (petites filles) ou conjonctivite (nouveau-né) gonococcique, qui peuvent en être le point de départ.

Pour Lemierre le point de départ de la septicémie gonococcique est le plus souvent l'urètre chez l'homme, surtout quand l'inflammation a envahi la prostate et les vésicules séminales ; chez la femme ce sont l'utérus et les trompes.

En général, jusqu'ici on a trop négligé l'influence des inflammations vésiculaires dans la septicémie blennorragique.

Mais le gonocoque disparaît dans la plupart des cas au bout d'un certain temps, ou bien il se métamorphose (Squier) (analogie avec le pneumocoque Rosenow). Les autres microbes tels que staphylocoque, streptocoque, colibacille, anaérobie, viennent habiter la vésicule et l'urètre.

Quelle est la relation entre ces spermatocystites chroniques et les arthrites survenant longtemps après la gonorrhée aiguë ? Quelles sont les formes de ces arthrites ?

Les 4 facteurs énoncés tout à l'heure c'est-à-dire la rétention vésiculaire, la richesse du plexus vasculaire, la grande surface muqueuse d'absorptions septiques et le rôle du massage intempestif, interviennent également ici.

L'infection chronique vésiculaire, traînée pendant des années, exprime périodiquement son matériel

septique dans la circulation générale (Schmidt, Fuller). Les membranes synoviales sont vouées par leur faiblesse à l'invasion par les microbes ou par leurs toxines, et parce qu'elles sont constamment irritées (Squier). Squier dit encore : « Le liquide synovial est lymphatique, au lieu d'être leucocytaire ; pour cela il n'offre pas un bon pouvoir phagocytaire. »

Levellys Barker admet que les foyers septiques tels que les sinusites, suppurations dentaires, amygdalites salpingites, spermatocystites, prostatites sont capables de produire des arthrites.

Billings a démontré expérimentalement que l'arthrite déformante est causée par les produits de ces foyers septiques.

Voici les conclusions auxquelles Billings est arrivé :

1° L'arthrite déformante est une entité clinique infectieuse se manifestant par périarthrite, synovite, ostéoarthrite proliférante et dégénérative, myosite chronique, contracture musculaire et périnévrite ou névrite.

2° Habituellement le métabolisme défectueux et malnutrition aggravent l'état des malades.

3° Les sources infectantes sont ordinairement localisées dans la bouche (alvéoles dentaires, amygdales, sinus).Le foyer peut aussi se trouver dans la prostate, dans les vésicules séminales, organes génitaux de la femme,et probablement aussi dans une appendicite et cholécystite chroniques streptococciques. Le foyer peut aussi se trouver ailleurs. Que l'infection peut survenir à la suite d'une invasion chronique strepto-

coccique des intestins, c'est une question à décider.

4° L'anatomie pathologique de l'arthrite chronique expérimentale est la même que celle trouvée chez l'homme. Cette anatomie pathologique est la réaction spécifique du microbe infectant.

5° L'arthrite déformante peut-être différenciée des autres types d'arthrite chronique par la multitude des lésions indiquées plus haut.

6° Le traitement comprend :

1° La suppression du foyer ;

2° L'hygiène (héliothérapie, alimentation) ;

3° La vaccination autogène ;

Krogius a produit expérimentalement des arthrites en injectant dans les veines les cultures stérilisées de colibacilles, c'est-à-dire de leurs toxines.

De Saint-Germain à obtenu expérimentalement aussi des arthrites par les injections du staphylocoque.

Guyon admettait l'action des toxines microbiennes dans la production des arthrites au cours des maladies urinaires.

Courmont dit que la synoviale est le siège de réaction maxima dans les infections. Il a montré aussi que les synoviales sont un terrain de prédilection pour les infections atténuées.

Bodin dans sa thèse (thèse de Lyon, 1902) rapporte de nombreuses observations d'arthropathies au cours des lésions chroniques de l'appareil urinaire inférieur telles que la prostatite, l'urétrite, la cystite, etc. ; il s'agirait tantôt d'une infection tantôt d'une intoxication.

Jacquet (1892) avait émis l'hypothèse que, dans quelques cas, il s'agirait d'une altération médullaire causée par le gonocoque, par d'autres microbes urétraux ou par leurs toxines, infection des centres trophiques articulaires retentissant sur les articulations. Mais les guérisons des arthrites par vésiculotomie simple *dans les cas de spermatocystite* pourraient nous dispenser de cette hypothèse nerveuse. Fuller trouvant très rarement le gonocoque, pose la question de savoir si le rhumatisme blennorragique n'est pas un mot malheureux. Il croit qu'on donne au gonocoque plus de crédit qu'il ne le mérite. Young (1913) citant les résultats de Fuller dit : « En littérature on trouve facilement tout ce qui concerne l'arthrite gonorrhéïque vrai ; très peu de chose est dit sur les toxémies résultant des affections chroniques non gonococciques de la prostate et des vésicules. Pourtant le point de départ est le même. »

Spermatocystite et calculs vésiculaires. — Fuller a vu 2 cas de calculs des vésicules séminales au cours des opérations pour vésiculite.

Belfield a rencontré deux fois des calculs en faisant la vésiculotomie.

P. J. Mc Hugh rapporte des cas de concrétion ou des calculs des vésicules chez les sujets âgés.

Les calculs des vésicules se rencontrent au cours de l'adénome prostatique (Corner).

Tuholske et Zeissel incriminent les vésiculites dans la formation des calculs.

Guelliot aussi se demande si l'inflammation n'a

pas parfois une influence sur la formation des calculs.

Louis Schmidt croit que les calculs se forment dans la vésicule, sans infection, simplement grâce à l'occlusion des canaux éjaculateurs et par simples précipitations des sympéxions.

Spermatocystite et tuberculose. — Burney dit qu'au cours de vésiculite l'infection peut survenir par le bacille de Koch.

Fuller a vu des tuberculisations après la vésiculotomie pratiquée pour spermatocystite supposée non tuberculeuse.

CHAPITRE VIII

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la spermatocystite sont souvent attribués à une neurasthénie sexuelle ou à une maladie de la prostate ou de la vessie. Le plus souvent la spermatocystite se perd dans le tableau d'ensemble d'une urétrite postérieure. Un interrogatoire très serré ne conduit pas toujours au diagnostic, il est absolument nécessaire de recourir chaque fois aux divers modes d'exploration.

Nous décrirons successivement les symptômes directs et éloignés dans la phase aiguë et chronique, et nous terminerons par quelques mots pour la spermatocystite dite catarrhale.

Spermatocystite aiguë. — Nous aurons en vue la spermatocystite gonococcique.

Le plus souvent la spermatocystite aiguë évolue sans grand fracas, tout à fait silencieusement.

Dans beaucoup de cas l'attention est attirée sur les vésicules par l'apparition d'une épididymite. On est alors forcé d'examiner les vésicules ; car, lorsqu'il y a épididymite, pratiquement tout le tractus

génital est envahi par le gonocoque (Legueu, Belfield). Souvent avant la vésiculite le malade a présenté des symptômes d'urétrite postérieure qui ont fait penser à la prostatite plutôt qu'à la vésiculite. Le toucher dans ces cas également est le seul qui nous renseigne sur l'existence de la participation des vésicules à la maladie urétrale ou prostatique.

D'autres fois la spermatocystite évolue au milieu des symptômes qui lui sont propres.

La fièvre indique la suppuration des vésicules. Lorsque le frisson survient, il apparaît comme un signe d'abcès constitué qui cherche à s'évacuer.

En même temps le malade présente des phénomènes douloureux. La douleur de la vésicule est ano-périnéale et inguinale, mais le malade peut accuser aussi d'autres sièges de douleur tels que : la région sus-pubienne, la région sacrée, la région lombaire. Le mécanisme en sera expliqué plus tard. La douleur, s'irradiant dans la hanche, a été observée par Guelliot.

Les troubles de la miction et de la défécation accompagnent ordinairement les signes précédents.

Ainsi les malades présentent la pollakiurie, la dysurie, mais ces symptômes peuvent être dus à la seule urétrite postérieure, comme il a déjà été dit. La rétention aiguë peut survenir aussi bien, comme au cours de la prostatite. Son existence est démontrée par Belfield qui l'a fait cesser par le lavage de la vésicule par vasotomie. Elle serait due d'après Bel-

field à un œdème inflammatoire du col de la vessie à la suite d'une péri-vésiculite aiguë.

Les troubles sexuels se présentent assez souvent au cours de spermatocystite aiguë.

Ce sont d'abord les éjaculations prématurées appelées par Guelliot : prospermatisme.

Les pollutions douloureuses surviennent, le sperme étant expulsé dès son arrivée dans la vésicule, comme l'urine est chassée de la vessie dans la cystite aiguë.

L'hémospermie (c'est-à-dire les éjaculations sanguinolentes) lorsqu'elle est douloureuse est toujours due à la spermatocystite d'après Guelliot. Le même auteur dit que l'hémospermie est fréquente dans l'orchite blennorragique parce que la vésicule est atteinte.

Le sang peut être pur ou mélangé au sperme.

La pyospermie est un symptôme important. Elle est caractérisée par la présence des globules blancs dans le sperme.

Le toucher montre alors que la corne prostatique est prolongée et surmontée d'une saillie allongée qui est douloureuse à la pression. Le pus peut venir au méat, ce qui confirme le diagnostic, surtout si on a auparavant exprimé la prostate et lavé l'urètre.

A la phase catarrhale aiguë succède ordinairement un abcès, mais un phlegmon péri-vésiculaire peut se développer. Une péritonite peut venir compliquer une vésicule. La pyohémie a été observée avec ses localisations différentes (synoviale, plèvre, endo-

carde, rein, etc.), ces lésions ont été décrites dans les rapports existant entre les vésiculites et les autres organes.

Le plus souvent la vésicule se vide par les voies naturelles et guérit complètement en même temps que la maladie urétrale. D'autres fois elle reste en rétention totale ou partielle. Les infections secondaires se surajoutent parfois.

C'est ce stade qui va constituer la spermatocystite chronique, la plus intéressante au point de vue du traitement et des conséquences.

Picker divise les spermatocystites en deux classes déterminées par les formes anatomiques des vésicules comme cela a été indiqué au chapitre d'anatomie pathologique :

1° Cas légers où il y a absence des symptômes fonctionnels et où le toucher ne montre aucune modification ;

2° Cas sérieux accompagnés de fièvre, de symptômes très marqués du côté du rectum, de la vessie et des métastases :

a) Parmi ces cas les uns guérissent rapidement par élimination d'une quantité considérable de pus, avec coliques simulant la cystite ;

b) D'autres accompagnés de symptômes marqués prennent la forme chronique. Plusieurs mois sont nécessaires pour obtenir la guérison par le massage ;

c) Les cas ordinaires accompagnés de légers symptômes fiévreux et urinaires sont caractérisés par une

très longue élimination du contenu des diverticules ;

d) Les cas avec épididymite récidivante où les ampoules et les déférents sont aussi affectés.

Spermatocystite chronique. — Elle peut évoluer tout à fait insidieusement sans présenter aucun symptôme suffisant pour la soupçonner. Elle se manifeste souvent par un symptôme éloigné : rhumatisme, épididymite à répétition, algies dans les organes éloignés ou voisins, symptômes génitaux, symptômes urinaires, autant de phénomènes qui peuvent être associés ou isolés. Elle simule le plus souvent une prostatite, une urétrite postérieure.

Fuller divise les symptômes en 3 grands groupes.

1° *Symptômes de l'inflammation en général.* — La douleur présente un siège extrêmement variable. Au périnée, elle n'est pas très vive, elle est mal localisée, sourde, exagérée par la défécation. Le malade a la sensation de plénitude où de lourdeur rectale. Quelquefois les besoins de défécation sont fréquents sans que le malade ait ni diarrhée ni constipation. La demangeaison (Schmidt) anale peut exister seule. Les irradiations vers les autres régions sont les suivantes :

Douleur sus pubienne ;

Douleur sacrococcygienne ;

Douleur lombaire ;

Douleur testiculaire et le long du cordon ;

Douleur urétrale ou dans le gland.

Parfois la douleur peut revêtir la forme très

aiguë ; ce qui constitue la *colique vésiculaire*. Il est probable que cette colique est due à l'obstruction complète d'une vésicule dilatée. La dilatation d'une vésicule inflammée est fatale après l'obstruction de son canal évacuateur. Cette obstruction peut être due soit à un gonflement inflammatoire de la muqueuse du canal éjaculateur, soit plus souvent à une obstruction mécanique par un fragment de sécrétion inflammatoire.

Picker désigne la grosse vésicule allongée en forme de tire-bouchon comme étant prédisposée à la douleur sous l'aspect de coliques.

Reliquet (1880) a le premer decrit les coliques spermatiques. Il les a observées seulement à la fin de coït comme une crampe survenant à la fin de l'acte simulant des coliques appendiculaires ou néphrétiques. La douleur est ressentie au fond de l'urètre ; les irradiations se font vers l'anus et le gland. Au toucher Reliquet a trouvé la vésicule dilatée et le col de vésicule ainsi que la moitié correspondante de la prostate dures et douloureuses. Il lui est arrivé d'évacuer par pression des moules fibrineuses semblables à du sagou et de faire ainsi cesser les coliques. Mais ces coliques ne se voient pas seulement pendant le coït. Picker et Vœlcker ont vu des crises se renouveler toutes les trois ou quatre heures.

Enfin les coliques vésiculaires peuvent être dues aux calculs. Guelliot en donne les symptômes suivants :

1° Douleur à la fin du coït simulant les coliques néphrétiques ;

2° Absence d'éjaculation par : *a*) compression de l'autre éjaculateur ; *b*) contraction réflexe de l'autre éjaculateur.

La spermatocystite a pu simuler une appendicite. Ceci est dû aux connexions des plexus hypogastrique et mésentérique. Dans ces cas il faut éliminer la déférentite pelvienne qui, elle aussi, peut simuler l'appendicite.

Enfin la vésicule malade peut déterminer de véritables coliques urétérales ou rénales.

Quelle est l'explication de cette allure clinique des calculs vésiculaires et des spermatocystites simulant les calculs rénaux ? James et Shuman la donne de la façon suivante :

L'irritation des vésicules est transmise aux reins respectifs et à la région lombaire correspondante :

1° Par les filets vésiculaires et prostatiques, d'abord au plexus hypogastrique, à la chaîne ganglionnaire lombaire et ensuite aux vertèbres lombaires et à leurs ligaments (lumbago).

2° Par les mêmes filets au plexus aortique, aux ganglions aortiques, au plexus rénal, et enfin à la substance rénale (néphralgie).

3° Par le plexus déférentiel à la chaîne ganglionnaire lombaire directement.

4° Par les filets efférents du plexus déférentiel et le génitocrural à la région lombaire.

5° Par le filet déférentiel du plexus pelvien, le filet de l'artère spermatique, le plexus spermatique et ses

filaments nombreux aux ganglions rénaux et lombaires.

D'autres symptômes tout à fait éloignés peuvent se rencontrer au cours d'une spermatocystite. Ainsi Fuller avait vu des malades qui souffraient de sciatique, de lumbago, de dyspepsie, d'appendicite, de névralgie testiculaire, de mal de tête occipital, etc. La vésiculotomie les avait débarrassé de ces douleurs en même temps que les autres symptômes disparaissaient également.

Fuller qualifie ces symptômes de phénomènes réflexes.

Young à ce propos dit notamment : Les effets de l'inflammation chronique de la prostate et de vésicules séminales sont transmises par les terminaisons nerveuses inflammées, à la moelle qui les réfléchit aux autres régions. Young connaît 10 cas où on a opéré pour calcul rénal (coliques lombaires et hématurie) mais dus aux prostatites et aux vésiculites. Nous rapportons parmi les observations, l'observation de James et Shuman qui illustre bien de pareilles éventualités.

Picker a rapporté 6 observations de fausses coliques néphrétiques déterminées par des lésions vésiculaires. Il les explique par la compression urétérale ou œdème de sa lumière par la dilatation des vésicules ou par péri-vésiculites.

Enfin la question des *arthrites* est longuement traitée dans les rapports de la spermatocystite avec les autres organes.

2° *Symptômes urinaires.* — L'irritation vésicale par périvésiculite donne lieu à la fréquence des mictions, aux douleurs à la réplétion de la vessie et aux douleurs à la miction.

La fréquence de mictions peut atteindre un haut degré, mictions tous les quarts d'heure ou toutes les demi heures. Les urines sont souvent troubles l'hématurie peut exister. Il y a bactériurie. Tous les symptômes de cystite y sont donc. Au début, ils sont dus à la péricystite, plus tard on peut découvrir des lésions de cystite comme cela a été montré dans le chapitre : exploration.

La rétention d'urine peut se rencontrer.

Pour Fuller elle survient généralement avec les suppurations aiguës des vésicules séminales quand les tissus lâches périvésicaux sont envahis par un exsudat purulent et séreux. Le processus inflammatoire a alors pénétré dans les parois vésicales. La tuméfaction vésiculaire occupant l'espace entre le trigone et le rectum, est comparée par Fuller à l'hypertrophie prostatique et agirait de la même façon. Cet accident survient généralement au cours de la blennorragie aiguë.

Belfield dans son article : « La rétention vésicale dans les maladies des vésicules séminales », invoque comme cause des rétentions chroniques : les vésiculites, le cancer des vésicules et rapporte des observations sur ce sujet.

Ces cas s'expliqueraient par immobilisation du bas-fond vésical, ce qui empêcherait l'individu de

vider ses dernières gouttes. Mais ils peuvent s'expliquer aussi par un envahissement scléreux du col vésical. La paralysie inflammatoire partielle de la vessie en serait aussi une explication.

Pour expliquer la rétention dans les infections aiguës des vésicules séminales, Belfield invoque la tuméfaction inflammatoire du col de la vessie.

L'incapacité pour la vessie d'ouvrir son orifice (comme dans le cas de paupières œdématiées) amène une rétention complète ou partielle. Ces cas arrivent surtout pendant la gonorrhée aiguë et cèdent facilement au cathétérisme. Belfied pour démontrer que les rétentions aiguës ne sont toujours pas dues à l'abcès de la prostate, a fait le lavage des vésicules par vasostomie ce qui a supprimé la rétention vésicale sans aucune intervention ni sur la prostate, ni sur la vessie.

L'écoulement urétral inconstant, intermittent, quelquefois nocturne, simple goutte miliaire, quelquefois plus abondant et brusque, peut exister au cours de spermatocystite. Il peut être accompagné ou non de symptômes urinaires que nous avons déjà connu.

D'après Fuller sans aucun écoulement et sans aucun produit inflammatoire on peut rencontrer des symptômes urinaires réflexes dus à une vésiculite.

La phosphaturie peut se voir au cours d'une spermatocystite. Les urines sont troubles à l'émission et s'éclaircissent par l'addition de l'acide acétique. Elle est fréquente surtout chez les neurasthéniques. Il est probable que le phosphaturie est due à quelques

gouttes de liquide vésiculaire pénétrant dans la vessie et précipitant les phosphates, car il suffit d'ajouter à une urine normale quelques gouttes de sécrétion vésiculaire pour provoquer la précipitation des phosphates. Oppenheim pense que la phosphaturie dans la blennorragie s'explique par ce fait que l'urine se mélange avec la sécrétion alcaline de la prostate enflammée. Cette théorie semble pouvoir s'appliquer aussi aux vésicules séminales. Ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une anomalie de sécrétion rénale c'est que souvent en faisant uriner le malade dans deux verres, on voit une notable différence dans l'importance du trouble.

3° *Symptômes sexuels.* — *a*) Au début il y a une irritation de la sphèregénitale : érections et pollutions sont douloureuses ou pénibles. Les malades ont un désir sexuel augmenté, ils le sentent anormal et pathologique. Le coït ne l'apaise pas, il l'augmente. Plus tard il y a éjaculation prématurée, érection incomplète, puis l'impuissance et l'apathie (Chute, O' Neil, Fuller, Scudder) s'installent.

Un certain nombre d'auteurs à la suite de Fuller pensent que ces signes suffisent à établir le diagnostic de spermatocystite chronique. Fuller a guéri un grand nombre de ces malades par l'incision des vésicules séminales. D'ailleurs Fuller attire l'attention sur l'impuissance purement psychopathique chez les sujets insuffisants depuis le très jeune âge et chez les sujets qui ont toujours présenté une indifférence sexuelle. Là l'opération n'amène aucune amélioration.

Lallemand (1850-60) dans son *Traité des pertes séminales* établit une relation entre les pollutions nocturnes, l'impotence, la spermatorrhée et les vésiculites. Mais il n'apporte pas de preuves anatomiques.

Vœlcker pense que la faiblesse sexuelle caractérisée par des éjaculations prématurées, le défaut d'érection, la neurasthénie, etc., est mieux située dans le territoire de l'impuissance psychique et que la chirurgie n'a rien à gagner sur ce terrain.

Belfield croit aussi que dans certains cas les troubles sexuels sont dus aux vésiculites.

Tous ces symptômes sexuels peuvent se rencontrer aussi au cours d'une colliculite, et il faut se demander s'ils ne seraient pas dus à la coexistence d'une colliculite au cours d'une spermatocystite, la colliculite pouvant être elle-même la conséquence de la vésiculite.

D'après Fuller, le tableau clinique des malades chez lesquels les troubles sexuels se sont installés est le suivant : « Jeunes gens si déprimés nerveusement et mentalement qu'ils peuvent à peine vaquer à leurs occupations. Ils sont incapables de s'appliquer à une tâche. Généralement une excitation sexuelle, d'après l'opinion des malades, aggrave les symptômes nerveux et mentaux. Le pouvoir sexuel est en règle générale tellement détérioré que les rapports sexuels sont impossibles ou imparfaits. Il y a plus ou moins de confusion mentale, manque d'initiative, modestie, difficulté de surmonter les émotions, timidité,

mélancolie. A la vue de tels individus le chirurgien est prêt à les chasser comme des faibles d'esprit, comme des anciens masturbateurs et à les mettre de côté comme incurables. Beaucoup avec ces symptômes appartiennent réellement à cette classe, mais il y en a d'autres qui n'en font pas partie et ceux-ci commandent l'attention. » Dans cette seconde catégorie Fuller place les malades qui ont eu une blennorragie, des malades antérieurement bien constitués mentalement mais qui ont été soumis aux excès du coït dès le très jeune âge et certains masturbateurs. Chez ces malades il aurait toujours trouvé la spermatocystite.

b) *Stérilité.* — Il est important de reconnaître si la stérilité est due à une maladie du testicule ou de l'épididyme, à l'oblitération du canal déférent, aux lésions des vésicules séminales ou de leurs conduits excréteurs (canaux éjaculateurs).

La radiographie est d'un grand secours dans les trois derniers cas.

c) *Hémospermie.* — C'est un symptôme assez fréquent, tout au moins microscopiquement. C'est une éjaculation de sperme et de sang. Le sang doit être intimement mêlé au sperme, s'il provient des vésicules (Guelliot). Une simple urétrorragie donne seulement des stries de sang avec le sperme. L'hémospermie est de couleur rouillée rappelant le crachat pneumonique. Si le sang est abondant et a séjourné longtemps dans la vésicule, la couleur est plus foncée, quelquefois noire comme de l'encre. Au microscope

on trouve des globules rouges plus ou moins conservés. L'hémospermie effraye beaucoup les malades. Elle se voit souvent après les excès sexuels. Guelliot rapporte le cas d'un médecin de vingt-trois ans qui, après le onzième coït en une nuit, n'éjaculait plus que quelques gouttes de sang pur avec douleur violente en forme de crampe dans le périnée. De tels cas ne sont pas très rares non plus après la masturbation ou les excès. L'hémospermie se verrait aussi dans la continence exagérée (Legueu).

On trouve souvent du sang dans la vésicule des vieillards, ce qui serait dû à une spermatocystite ancienne d'après Vœlcker, à la stagnation d'après Guelliot.

Guelliot considérait l'hémospermie douloureuse comme pathognomonique des spermatocystites. D'après Goldberg le sang de l'hémospermie ne vient pas des vésicules mais de la prostate. Ceci n'est peut-être pas exact dans tous les cas, mais l'hémospermie ne doit pas être considérée comme pathognomonique de la vésiculite : l'épididyme et le testicule sont hors de cause. Pour Fübringer l'hémospermie peut être due aux lésions de toutes les parties des voies séminales. Pour Finger elle peut être due à la prostatite et à la vésiculite.

d) *La Pyospermie* est un des symptômes les plus fréquents. Les globules blancs sont mélangés aux éléments du sperme. Quelquefois les éléments du sperme peuvent marquer l'absence des spermatozoïdes.

D'après L. Schmidt, Cabot et autres, l'hémosper-

mie associée à la pyospermie indique à coup sûr l'existence d'une vésiculite sans que le toucher révèle quoi que ce soit.

e) *Epididymite récidivente.* — Nobel et Picker l'attribuent à une affection chronique de l'ampoule du déférent. C'est la déférentite pelvienne de Nobel. Il y a alors des douleurs irradiées au sacrum et la fosse iliaque interne, quelquefois au testicule.

Mais l'épididymite récidivante peut souvent relever de la vésiculite chronique seule. L'épididymite survenant après un massage vésiculaire le prouve bien.

f) *La spermatorrhée* est assez commune au cours de spermatocystite. Elle peut être mictionnelle, surtout postmictionnelle, défécationnelle et en dehors de la miction et de la défécation. Elle se distingue de la prostatorrhée par l'absence des spermatozoïdes en abondance.

D'après Milian et Mamlock, on peut normalement trouver des spermatozoïdes dans les urines, c'est la spermatorrhée physiologique, le trop-plein des vésicules séminales s'échapperait ainsi au fur et à mesure. Cette hypothèse est confirmée actuellement par les recherches radiographiques.

Il faut éliminer toutes les autres causes qui peuvent déterminer la spermatorrhée (Legueu) :

1° Maladies du système nerveux (tabès) ;

2° Neurasthénie sexuelle ;

3° Affections locales : phimosis, herpès du gland, eczéma de la verge, hémorroïdes, fissure à l'anus, urétrite postérieure.

Spermatocystite catarrhale. — Y a-t-il une spermatocystite catarrhale non microbienne ?

Lloyd Fuller, Reynès l'ont décrite.

Elle se rencontrerait dans les cas suivants : chez les neurasthéniques sexuels, les masturbateurs, à la suite d'excès cérébraux, excès de tabac, d'alcool, d'excès sexuel, de coïtus interruptus, fréquents ou commencés trop tôt, vers dix ou onze ans (Fuller).

Finger décrit les symptômes de la faiblesse génitale provenant de coïtus interruptus. L'un des plus importants est l'écoulement spermatique à la défécation et post-mictionnelle, dont le mécanisme sera éclairci à propos de la radiographie des vésicules. Il l'attribue à une spermatocystite catarrhale chronique. Chez ces sujets l'urine est souvent troublée par des phosphates et des carbonates terreux et s'éclaircit par adjonction d'acide. Il est possible (Vœlcker) que quelques gouttes de la sécrétion catarrhale des vésicules, qui est excessive, pénètre dans la vessie et par son alcalinité détermine la précipitation des phosphates.

On a aussi accusé l'usage de la bicyclette par la pression de la selle sur les canaux éjaculateurs (Lloyd).

Wiltse a vu cette étiologie six fois sur huit cas.

On a surtout vu de la prostatite dans des cas semblables (Irwin Fischer).

Von Frische rejette absolument cette étiologie pour prostatite et vésiculite.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de spermatocystite repose sur les données obtenues par le toucher rectal, par l'examen du liquide vésiculaire, par la radiographie, par la cysto-urétroscopie.

Toutes ces investigations ne sont pas nécessaires pour affirmer l'existence d'une vésiculite.

Généralement le toucher rectal révélant la douleur, l'augmentation, l'épaississement pariétal, la sclérose vésiculaire ainsi que l'examen microscopique du liquide montrant la présence des polynucléaires et quelquefois des globules rouges suffisent pour un diagnostic ferme.

Mais ce qu'il est capital de savoir, c'est que, pratiquement, la vésiculite est cachée pour ainsi dire par les symptômes appartenant aux lésions des organes voisins : urètre postérieur, prostate, vessie.

Ceci nous amène naturellement à discuter son diagnostic différentiel.

L'urétrite postérieure peut exister seule, mais très souvent elle est associée à une prostatite, à une vésiculite, à une colliculite, à une utriculite

Le toucher rectal doit éliminer la vésiculite et la prostatite. L'urétroscopie fait écarter les lésions trop spéciales du veru montanum.

Ainsi individualisée l'urétrite postérieure est justiciable d'un traitement spécial et légitime.

Mais, l'urétrite postérieure entretenue par une vésiculite doit lui être subordonnée, car c'est le traitement vésiculaire seul qui soit capable de terminer un processus inflammatoire qui donne lieu au syndrome de l'urétrite postérieure.

Pour cela lorsqu'on se trouve en présence des symptômes fonctionnels de l'urétrite postérieure, le toucher rectal, l'examen du contenu vésiculaire et prostatique et l'urétroscopie sont absolument nécessaires sous peine de compromettre des fautes graves.

La colliculite et l'utriculite jouent un grand rôle dans les symtômes génito- neurasthéniques.

L'amélioration ou la guérison des symptômes génitaux par le traitement de ces lésions nous le démontre.

L'existence d'une colliculite ou d'une utriculite devra toujours être soupçonnée lorsque l'on rencontre des troubles génitaux, tels que : érections anormalement fréquentes, pollutions et plus tard faiblesse génitale et impuissance.

Ces symptômes ont été rencontrés au cours des spermatocystites et guéris par le traitement des vésicules. Il y a donc lieu de se demander s'ils n'étaient pas dus aux lésions colliculaires et utriculaires elles-mêmes conditionnés par la vésiculite.

Les cystites aiguës sont assez facilement rattachées à leur cause.

La question des cystites chroniques est bien plus

délicate. Le fait de constater la cystite est facile. La recherche de sa cause et de sa localisation dans les vésicules est autrement difficile. On est très tenté d'attribuer ces cystites chroniques prolongées à la tuberculose, chez les malades chez qui on a éliminé les autres causes telles que calcul, polype, rétrécissement urétral, etc.

Naturellement toutes les explorations doivent être faites pour éliminer ces différentes causes de la cystite chronique.

Dans les *grosses lésions prostatiques* et vésiculaires, le toucher rectal est ordinairement capable de trancher la question. Le diagnostic de prostatite ou de vésiculite ou des deux réunies s'impose dans ces cas.

Mais souvent ces deux organes, notamment la base de la prostate et la partie inférieure des vésicules chroniquement inflammées sont réunies par une gangue conjonctive, ce qui rend très difficile la différenciation de ces deux lésions.

L'expression du liquide à elle seule ne pourrait pas dans ces cas nous indiquer la part qui revient à l'une ou l'autre lésion.

La recommandation de Fuller de considérer les cas d'hésitation entre vésiculite et prostatite, comme des vésiculites plutôt que comme des prostatites, est certainement exagérée. Mais elle devient légitime lorsqu'on se souvient que sur tous ces cas on pose plus volontiers l'étiquette uniforme de prostatite. Ceci est surtout dû à l'habitude d'explorer la pros-

tate seule lorsqu'on pratique le toucher rectal.

La différenciation microscopique du contenu vésiculaire d'avec le liquide prostatique obtenus par les massages séparés est une chose délicate.

En effet parce que dans les vésiculites les spermatozoïdes sont souvent absents, on ne possède pas ainsi un élément de diagnostic de premier ordre.

Les sympexions, lorsqu'ils sont présents, indiquent l'origine vésiculaire du liquide.

D'après Valentine, le diagnostic peut se faire aussi par la différence que présentent les cellules épithéliales.

Les cellules provenant de la vésicule seraient petites et cylindriques.

Les cellules provenant de la prostate seraient grandes et cuboïdales.

De plus l'épithélium des vésicules séminales présente souvent des granulations pigmentaires qui ne sont jamais vues dans l'épithélium des glandes prostatiques.

Des crises de douleurs simulant *les coliques néphrétiques* ont pu être engendrées par les calculs vésiculaires, par la rétention purulente des vésicules et par les inflammations périvésiculaires (Picker).

Généralement dans ces cas on ne pense pas aux vésicules parce qu'elles évoluent d'une façon latente ou sont masquées par d'autres symptômes.

Par conséquent le diagnostic est possible si l'on pense à l'existence des phénomènes semblables au cours des spermatocystites. Pratiquement en pré-

sence de coliques néphrétiques on pense à ses causes ordinaires (calculs, caillots, etc,).

Il va sans dire qu'il faut épuiser toute la liste des causes possibles de coliques néphrétiques avant de les attribuer à une lésion vésiculaire existante, naturellement lorsqu'elle est de nature susceptible à les expliquer.

La tuberculose des vésicules est la lésion qu'il faut avant tout discuter lorsqu'on se trouve en présence d'une spermatocystite d'allure chronique.

La tuberculose vésiculaire se présente le plus souvent sous la forme nodulaire. La vésicule est le siège des noyaux durs, ordinairement indolents. L'expression donne souvent l'issue à un liquide séro-sanguinolent.

Plus tard l'apparition des fistules indique bien le caractère tuberculeux. Mais ce qui parle surtout en faveur de la nature tuberculeuse de ces lésions vésiculaires, ce sont les lésions concomitantes sous forme de noyaux qu'on trouve au niveau de la prostate, du déférent et de l'épididyme.

D'après M. Legneu on trouve généralement la tuberculose rénale en même temps.

Les autres formes de la tuberculose vésiculaires : tuberculose miliaire, abcès froid prostatovésiculaires sont beaucoup plus rares.

Le *cancer* de la vésicule se reconnaît à sa consistance, à sa dureté et à son évolution. Le cancer de la vésicule seul est rare. Le cas le plus fréquent est la carcinose prostatovésiculaire. Le doute existe rare-

ment lorsqu'on se trouve en présence des lésions montrant une dureté ligneuse.

Marion a signalé l'augmentation de la vésicule dans le cancer de la prostate.

Le *calcul* vésiculaire présente une symptomatologie qui permet de le soupçonner. La douleur à la fin du coït, l'absence d'éjaculation en sont les signes caractéristiques.

Cette absence d'éjaculation serait due d'après Guelliot ou à la compression de l'autre canal éjaculateur ou à la contracture réflexe de l'autre éjaculateur par analogie avec l'anurie calculeuse.

L'expulsion des calculs ne suffit pas à démontrer leur origine vésiculaire.

Le toucher rectal montrant la résistance et la douleur spéciale au niveau du calcul ainsi que la radiographie sont les moyens qui peuvent aider le diagnostic.

Cohn a rapporté un cas d'hémospermie qu'il attribue à la syphilis, à une *lésion syphilitique des vésicules*. Le traitement spécifique l'a fait disparaître.

Les antécédents et le traitement sont seuls capables d'indiquer cette localisation syphilitique.

TRAITEMENT

CHAPITRE I : Spermatocystite aiguë.
CHAPITRE II : Spermatocystite chronique.

CHAPITRE I

TRAITEMENT DE LA SPERMATOCYSTITE AIGUË

Il y a deux choses qu'il ne faut pas faire :

1° Il faut s'abstenir de vider les vésicules par le toucher rectal, tant que l'inflammation soit à l'état aiguë, ce qui peut augmenter le foyer et favoriser la dissémination. Dans ce cas il y a danger d'infection générale par voie lymphatique ou par embolie ;

2° Dans ce stade tout traitement intra-urétral doit être cessé car il ne modifie pas le cours de la spermatocystite, et risque de déchaîner une spermatocystite du côté opposé.

Il faut ordonner le repos, applications chaudes sur le périnée, bains de siège, bains généraux, régularisation des selles, petits lavements chauds.

La douleur est calmée par l'opium, la belladone, la morphine en suppositoires. S'il y a rétention d'urines, il y a lieu de sonder, après cependant avoir usé des moyens ordinaires.

Si on n'obtient pas la résolution du foyer et l'évacuation de la collection purulente vésiculaire par les voies naturelles, on doit faire la vésiculotomie périnéale qui sera décrite à propos de la spermatocystite chronique. C'est la conduite superposable à celle qui est observée au cours d'un abcès de la prostate.

Etant donné l'anatomie complexe de la vésicule, surtout dans ses formes entortillées et multidiverticulaires, on est autorisé à se demander si cette évacuation est en général possible et s'il ne faut pas d'emblée ouvrir une telle poche composée de multiples culs-de-sac.

Actuellement la plupart des auteurs s'abstiennent d'intervenir dans les spermatocystites aiguës, et, parmi eux, ceux-là mêmes, qui se montrent les plus grands partisans du traitement chirurgical des spermatocystites chroniques. Ils se décident d'intervenir lorsque l'abcès est constitué, bombe bien dans le rectum, ne se vide pas spontanément et donne lieu aux symptômes généraux. Guelliot préconisait de faire « la ponction par le rectum, si il y avait danger d'irruption péritonéale ». Il a rapporté un cas de Cock où celui-ci ouvrit la collection par le rectum. Maintenant, tout au moins à Necker, la vésiculotomie périnéale est faite lorsque l'abcès ne s'évacue pas spontanément par les voies naturelles et lorsqu'il y a la fièvre persistante.

Il est une chose à remarquer.

Nous voyons tous les jours opérer les malades

pour abcès de la prostate. L'opération est pratiquée quand on constate la fluctuation. On dit alors qu'il est impossible de faire autrement et qu'il faut évacuer l'abcès.

Mais lorsqu'il s'agit d'un abcès vésiculaire les choses se passent tout à fait différemment ! l'abstention est alors presque de règle absolue.

Il est évident que l'évacuation spontanée est toujours présumée, mais, sans se préoccuper de ce que deviendra ce foyer, et sans se demander si cette évacuation spontanée vaut l'évacuation chirurgicale.

En tous cas le fait est là ; actuellement l'abcès vésiculaire est laissé à lui-même quitte à faire plus tard le massage pendant des mois ou des années, dans les cas où la spermatocystite chronique succédera à l'inflammation aiguë.

Cette attitude est peut-être la meilleure. On n'en sait rien actuellement. Personne n'a encore pu suivre de façon assidue et complète et en assez grand nombre les individus qui ont eu la spermatocystite aiguë au cours de la blennorragie, ce qui pourrait seulement nous dire dans quelles mesures elle devient chronique. D'autre part, vu nos connaissances actuelles sur l'immunisation, nous ne pouvons pas discerner encore parmi les malades ceux qui présenteront une immunisation active suffisante pour vaincre l'infection gonococcique. La vaccinothérapie et la sérothérapie pourront peut-être un jour empêcher et guérir à elles seules cette infection. Beaucoup

d'auteurs prétendent déjà que la vaccinothérapie préviendrait la vésiculite. Mais les résultats obtenus, ne sont pas généralisés. Les cas dans lesquels elle a réussi, étaient peut-être des cas qui auraient guéri sans cette intervention !

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE LA SPERMATOCYSTITE CHRONIQUE

Tandis que le traitement de la spermatocystite aiguë a été et reste de préférence médical, le traitement de la spermatocystite chronique comprend actuellement deux méthodes, la non sanglante et la sanglante.

Jusqu'aux publications de Fuller il n'y avait qu'une méthode, c'était la méthode du massage.

Mais il faut aussi se dire de suite que la seconde méthode n'a pas été suivie par tout le monde, pas même dans les cas considérés dûment non guérissables par la méthode palliative.

Actuellement en Amérique, où la méthode sanglante a pris naissance, presque tous les auteurs sont d'avis qu'il faut attaquer chirurgicalement ces foyers d'infection chronique, après l'échec, bien constaté, du massage.

I. — Méthode non sanglante

Hygiène et médicaments. — La bicyclette, les exercices physiques fatiguants, la longue marche,

les rapports sexuels, l'alcool ont été défendus par tous les auteurs. Tous ces préceptes sont ou illusoires ou ne peuvent être suivis.

La régularisation des selles a son importance dans le fait qu'elle décongestionne les organes du bassin, et favorise l'irrigation normale sanguine.

Les suppositoires ont été de tout temps à la mode, mais leur emploi indéfini ne peut être continuellement suivi.

Citons quelques formules :

Ichtyol. . . . . 0 gr. 10-0 gr. 20
Extrait de belladone. . . 0 gr. 01-0 gr. 02

Beurre de cacao q. s. pour un suppositoire (Finger).

Iodure de potassium. . . 2 gr.
Iode pur . . . . . 0 gr. 50

Beurre de cacao q. s. pour 10 suppositoires (Finger).

Ichtyol. . . . . 0 gr. 40
Antipyrine . . . . . 0 gr. 50

Beurre de cacao q. s. pour 1 suppositoire (Clinique de Necker).

Massage. — C'est le traitement classique.

Son échec conduit à l'intervention chirurgicale.

La meilleure position du malade est la position debout avec le thorax penché en avant et appuyé sur une table. Cette position est la moins fatiguante pour le malade et la plus commode pour l'opérateur.

Il faut d'abord faire le massage de la prostate en exprimant les parties inférieures puis les parties susjacentes pour vider les canaux éjaculateurs.

Ensuite on passe aux vésicules en les massant l'une après l'autre. Il serait logique de masser aussi les ampoules des canaux déférents.

La durée et le nombre des massages varient suivant les auteurs. Le massage quotidien est le meilleur.

Certains auteurs ont inventé des appareils de massage, mais ils ne valent pas l'usage du doigt.

Keys a imaginé un instrument compliqué qu'on gonfle après l'introduction dans le rectum et qui est formé de deux chambres à air qui compriment les vésicules et en vident le contenu.

Feleki a imaginé un appareil formé d'une bougie épaisse en forme de massue et d'un manche à angle droit.

Lastman a fait construire un doigtier en métal nickelé terminé par un renflement qui allonge le doigt de 5 centimètres environ.

Résultats. — Pope a constaté pendant le massage des douleurs s'irradiant jusqu'à la plante des pieds, aussi des douleurs de tête avec sensation de vacuité.

Les massages sont suivis quelquefois de myalgie, de névralgie, maux de tête, ce qui s'expliquerait par lancement des toxines dans la circulation (Staley).

Certains sujets neurasthéniques et dont la sphère génitale est très irritable supportent mal le massage. Il augmente leurs douleurs. La première idée qui vient alors, est que l'évacuation se fait mal ou pas du tout ; la pression dans ces cas doit fatalement être douloureuse.

On est naturellement amené et obligé d'abandonner le massage dans ces cas.

D'autres fois il arrive que le massage augmente le gonflement et la douleur ; on peut alors craindre une propagation par la voie circulatoire, ou simplement une épididymite par projection des éléments microbiens dans le canal déférent.

Ce dernier accident se produit facilement s'il y a oblitération du canal éjaculateur correspondant (Barnett).

Quand on lit des observations de rhumatisme articulaire on voit souvent que le massage rectal est est l'occasion de rechutes ou de la prise de nouvelles articulations.

Vœlcker en conclut que le massage semble favoriser la dissémination. Ceci est à rapprocher de l'explication que Fuller a donné de l'apparition des arthrites : ce sont des décharges spontanées des toxines (Fuller), des microbes (Culver) et leur localisation au niveau du *locus resistentiæ minoris*, c'est-à-dire au niveau de la synoviale.

Il va sans dire que le massage de la vésicule est illusoire dans l'oblitération du canal éjaculateur, de l'extrémité proximale de la vésicule (de son canal), d'une partie de la vésicule, d'un ou de plusieurs diverticules, d'une vésicule congénitalement double, si l'on masse une seule.

Il y a des cas, où on ne peut pas atteindre le fond de la vésicule. Le massage constitue alors un traitement insuffisant et défectueux.

Dans les lésions périvésiculaires le massage est franchement douteux.

Dans les calculs concomitants on ne peut guère comprendre l'utilité du massage.

Staley dit que le massage fait très peu de progrès dans les vésiculites ou l'impotence est le symptôme dominant.

Suivant Vœlcker le massage paraît surtout indiqué dans les vésicules tendues et indurées. Les vésicules molles n'auraient pas besoin d'être massées.

Thomas dit que le massage amène une réaction à laquelle peut succéder l'extinction du foyer. A côté du rôle d'expression vésiculaire, le massage aurait un effet de vaccination par un déversement dans l'organisme d'une quantité de microbes.

La plupart des auteurs considèrent cependant que le massage guérit un grand nombre de vésiculites et c'est un fait incontestable.

En définitif, le massage doit-être institué dans la plupart des cas. Il doit être longtemps prolongé et est la méthode universellement adoptée dans le traitement des spermatocystites alors qu'elles ne sont pas à l'état aigu. Son échec indique l'intervention chirurgicale.

Hyperhémie. — Il existe des instruments à circulation d'eau chaude basée sur la méthode de Bier (Instruments d'Ulmann, de Feleki).

Electrisation. — Legueu dans son *Traité d'Urologie* préconise l'électricité dans la spermatorrhée.

On peut se servir du courant continu ou du courant faradique (Courtade).

Vaccinothérapie et sérothérapie sont employées indistinctement dans la vésiculite aiguë ou chronique.

Le mieux est de se servir de l'auto-vaccin, en isolant le microbe causal du contenu vésiculaire pour obtenir des cultures pures.

Belfield dit que la vaccinothérapie donne tantôt des succès tantôt des insuccès éclatants dans les vésiculites.

Maclead et Barnett ont rapporté des cas où on a obtenu de bons résultats. Petersen a obtenu de l'amélioration dans un cas où il s'était servi d'un autovaccin à diplocoque à Gram positif.

Culver a remarqué la rétrocession des complications de la vésiculite (rhumatisme) par l'autovaccin préparé par le contenu vésiculaire.

Il dit que cette rétrocession est surtout à espérer chez des sujets qui présentent une réaction marquée à l'injection du vaccin.

Bendell et Mount ont publié un cas de vésiculite d'origine hématogène guérie par un autovaccin à colibacilles et ils concluent qu'il faut essayer toujours le vaccin.

Legueu dit que la vaccinothérapie dans les infections urinaires est susceptible de nous donner des résultats excellents dans certaines infections généralisées et que, au contraire, elle est moins efficace dans les infections locales ou localisées et pour les-

quelles une thérapeutique spéciale plus directement chirurgicale est indiquée.

Fuller attire l'attention sur les cas de rhumatisme non guéri par la vaccinothérapie. D'après lui le vaccin n'a pas agi sur le foyer, d'où les récidives. D'après Fuller, Wright lui-même attribue ces résultats incomplets au fait que le foyer (vésiculaire en question) existe toujours et réinfecte l'organisme.

Fuller dit ensuite qu'on guérira les vésiculites par la vaccinothérapie lorsqu'on aura guéri la mastoïdite par le même procédé.

Cathétérisme des canaux éjaculateurs, et le traitement intra-urétral. — Le traitement des spermatocystites par les canaux éjaculateurs est la méthode peut-être la plus séduisante, mais son exécution est rarement possible, vu l'anatomie de ce conduit.

A partir du sinus éjaculateur, à la base de la prostate, l'endroit où se réunissent le canal vésiculaire et le canal déférent, le canal éjaculateur se dirige en bas et suit un trajet parallèle à la direction de l'urètre.

Sur ce trajet il présente plusieurs formations appendiculaires capables d'héberger l'infection latente (Weisz) et est entouré du tissu prostatique.

Subitement le canal se courbe en haut à 90 degrés pour se loger dans la paroi urétrale. A ce niveau, la paroi devient plus épaisse, présentant des fibres musculaires involontaires qui constituent le sphincter (Porosz). Certains auteurs nient l'existence de

ce sphincter. Cette portion du canal est longue de 3 à 5 millimètres et sa lumière mesure 15 millimètres de diamètre. Après avoir traversé le colliculus, les canaux se courbent en S avant de s'ouvrir dans l'urètre, d'où il résulte que leur orifice se présente comme la fente urétérale (Porosz).

Les canaux s'unissent rarement dans le colliculus et pénètrent rarement dans l'urètre à travers un orifice commun.

Dans quelques cas rares, lorsque la dilatation vésiculaire et sa tension ont forcé et élargi de proche en proche la lumière du canal éjaculateur son orifice y compris, le cathétérisme peut être essayé et cela encore avec un appareil comme celui de Mac Carthy où l'onglet permet de couder la sonde et de la faire progresser ensuite.

Ces conditions se trouvent rarement réunies.

C'est Klotz qui a fait le premier cathétérisme des canaux éjaculateurs en 1895. Il se servait d'une seringue spéciale, munie d'une fine canule, qu'il introduisait dans l'extrémité des canaux éjaculateurs ; il voulait de cette façon injecter des solutions dans les vésicules séminales, mais il n'obtint ainsi aucun bon résultat, car son injection fut suivie d'une épididymite.

G. Luys avait repris l'idée de Klotz et disait notamment : « on doit maintenant prévoir le moment prochain où l'on parviendra à laver et à nettoyer convenablement les vésicules séminales, de même qu'on lave le bassinet des reins pyélonéphrétiques ». En

même temps (1913) il publiait un cas où il pénétra de 1 cm. 5 avec un stylet, dans un cas de vésiculite accompagnée d'épididymite (donc, il ne pouvait pas craindre une épididymite, comme dans le cas de Klotz).

Ceci lui permit un drainage naturel de la vésicule.

Luys a même posé les indications du cathétérisme, qui seraient : rétention vésiculaire, spermatocystite chronique, éjaculation douloureuse et sanglante.

Tout dernièrement, pour étudier les vésicules, Young a repris le cathétérisme des canaux éjaculateurs. Pour le faire il se sert de la seringue à utricule de Géraphty. Son extrémité est construite de telle sorte qu'elle pénètre à 1 cm. 5 environ, arrêtée par un rebord. Pour injecter les deux canaux à la fois, il emploie une canule en fourche. D'après Young 2-3 centimètres de liquide injecté suffisent. Il a injecté le thorium en solution. Ensuite il soumet ses malades à la radiographie.

Il a pratiqué 50 cathétérismes, sans jamais avoir d'épididymite.

Au cours de spermatocystites chroniques, on peut être obligé d'intervenir dans l'urètre postérieur, pour des lésions dont la vésiculite est responsable.

Ainsi par exemple on aura a cautériser, à électrocoaguler un polype qui ordinairement se trouve au voisinage de l'orifice du canal éjaculateur. Nous rapportons un cas où on fut obligé d'électrocoaguler un polype après la vésiculotomie, polype vu avant l'opération.

D'autres fois ce sont les lésions ordinaires de l'urètre postérieur telle que l'infiltration molle, ou l'urétrocystite kystique. Ces lésions généralement rétrocèdent d'elles-mêmes après la vésiculotomie et n'ont pas besoin d'être traitées spécialement.

Mais en pratiquant le massage, il est bon de traiter en même temps, ou après, les lésions engendrées par la vésiculite.

La colliculite mérite d'être bien réparée.

En tout cas il faut vérifier l'état de l'urètre postérieur avant et après le traitement des vésicules. Pour cela on se servira toujours de l'urétroscope à eau de Mac Carthy qui permet de bien voir et de traiter les lésions d'une façon élégante.

II. — Méthode sanglante

Elle comprend deux catégories d'intervention :

1° Intervations directes sur les vésicules ;

2° Ouverture du canal déférent pour drainage et lavage vésiculaire.

I. — *Interventions directes sur les vésicules. Résultats et indications de la vésiculotomie.* — Sauf quelques cas d'incisions des abcès vésiculaires pratiquées par voie rectale, la chirurgie des vésicules telle quelle se pratique actuellement est de date relativement récente.

Lloyd, en 1888, avait le premier effectué l'incision et drainage des vésicules par la voie périnéale pour un cas de spermatocystite.

C'est Ullmann (Vienne) qui fit en 1890 la première ablation des vésicules séminales pour tuberculose.

Il a été suivi surtout en Allemagne et en Amérique.

En France on a été peu enthousiaste de cette intervention.

L'abstention des chirurgiens d'opérer la tuberculose vésiculaire est motivée par leur fistulisation fréquente. Des voies différentes ont été proposées pour faire l'ablation : périnéale, inguinale, sacrée, abdomino-transpéritonéale.

Mais c'est à Fuller que revient le mérite d'avoir érigé en une méthode le traitement chirurgical des spermatocystites non tuberculeuses.

Fuller ayant constaté l'insuccès du massage prolongé, mais aussi ayant à soigner des malades qui ne pouvaient, à cause de leur situation matérielle, se soumettre à un traitement très prolongé pour être efficace, pratiqua en 1896 la première vésiculotomie double. En 1901 il présenta son procédé opératoire pratiqué jusqu'alors dans 5 cas. Jusqu'en 1909 il avait réuni 126 cas et il en communiqua les résultats au huitième congrès de l'Association urologique américaine qui se tint à cette époque. En 1913 Fuller avait déjà réunit 346 vésiculotomies sans mortalité.

Fuller dit qu'il n'a introduit aucun nouveau principe chirurgical par cette opération. Les vésicules séminales, cavités naturelles, sont simplement ouvertes, ce qui constitue tout simplement un drai-

nage chirurgical qui doit les débarrasser d'une inflammation chronique, qu'on n'a pas pu faire disparaître par les méthodes palliatives et pour des raisons indiquées dans le chapitre du massage. Il dit encore :

« D'autres cavités naturelles telles que la vessie, le bassinet, la vésicule biliaire, la mastoïde, etc., ont bénéficié du drainage chirurgical ; pourquoi alors ne pas supposer qu'il en serait de même pour les vésicules séminales ? »

En publiant son opération, Fuller disait, dès le début, que cette opération n'était pas appelée à devenir populaire et qu'elle restera circonscrite aux chirurgiens urinaires.

En plus Fuller attirait l'attention sur certaines difficultés de différencier les processus morbides qui se passent dans la prostate, de ceux des vésicules séminales, de différencier aussi le degré d'altération et par conséquent l'opportunité de l'opération.

D'après Fuller l'exécution de l'opération dépend bien plus du toucher que de la vue et le mot de Guyon « que le chirurgien génito-urinaire devrait voir avec ses doigts », s'applique très bien ici.

La dissection au cours de l'opération exige des manœuvres assez délicates à cause de la proximité des organes tels que le rectum, l'urètre, la vessie, l'uretère.

Le procédé de Young au moyen de son tracteur spécial ou celui de Squier au moyen de deux fils passés dans la prostate exposent bien mieux les organes

qu'on se propose d'attaquer. Ces deux procédés, seront décrits ultérieurement dans la technique opératoire.

Ce qui avait surtout frappé d'abord Fuller, puis les autres chirurgiens qui l'ont suivi, Young, Squier, Cabot, Belfield, Cunningham, etc., ce fut l'amélioration et la disparition des arthrites à la suite d'une simple vésiculotomie.

Voici les conclusions que tirait Fuller des résultats obtenus dans les *arthrites* :

a) Dans les cas aigus l'effet de l'opération est très rapide. En vingt-quatre ou trente-six heures la douleur disparaît, le gonflement le quatrième jour. Les cas où il y a de la raideur et de l'atrophie musculaire exigent naturellement la mobilisation passive et le massage, après que les phénomènes inflammatoires aiguës ont disparu.

b) Dans les cas chroniques la douleur disparaît en huit ou dix jours, et au bout de deux semaines le massage peut être prescrit. Dans les cas très anciens le massage prolongé pendant deux ou trois mois peut être nécessaire, parce que les articulations ont été très longtemps privées de leurs fonctions.

Là en effet, on a le même problème à résoudre que celui que le chirurgien affronte après une immobilisation prolongée pour fracture. Il est avéré que dans le rhumatisme gonorrhéique chronique le massage et la mobilisation font plus de mal que de bien, tandis que dans les mêmes cas pendant la convalescence de la vésiculotomie un tel traitement est salu-

taire, parce que le foyer d'élaboration continu de toxine qu'était la spermatocystite a disparu.

Actuellement Fuller tend à abandonner le massage consécutif à l'opération, pour laisser la réparation des tissus se faire naturellement.

Fuller a noté un point important dans les suites opératoires. Dans quelques cas, trois semaines après l'opération, il y avait une recrudescence temporaire des symptômes rhumatismaux.

Cette recrudescence est due, d'après lui. à la fermeture un peu prématurée de l'incision, avant la complète élimination des toxines et des microbes. Fuller conseille alors de ne pas retirer le drain avant le quatorzième jour après l'opération.

Cette rechute et les rechutes plus tardives encore peuvent être dues à ce que les diverticules n'ont pas été atteints par l'incision, ce qu'il est d'ailleurs difficile de faire par le procédé de Fuller qui se contente d'une seule incision. Pour cette raison le procédé de Young serait meilleur, car il permet de mieux voir et de faire à volonté l'incision des diverticules et des ampoules. J. D. Barney, dans les cas d'échec, incrimine la prostatite concomitante.

Enfin l'échec peut très bien être dû à l'existence des lésions d'ankylose définitive au niveau des articulations.

En ce qui concerne *les symptômes sexuels* et psychiques, la guérison est plus rare. Et en effet il est ici difficile de distinguer entre l'amélioration et la guérison parce qu'il faut s'en tenir aux dires du

malade. Comme nous l'avons dit au point de vue du diagnostic, il est difficile de savoir ce qu'il faut attribuer aux lésions du veru montanum et combien ces lésions elles-mêmes dépendent des spermatocystites lorsqu'elles leur sont associées. En effet une spermatocystite peut entretenir une colliculite et par contre une colliculite peut exister seule. D'autre part on connaît bien les troubles neurasthéniques qui ne paraissent pas avoir un substratum anatomique dans une lésion génitale.

Quant aux symptômes urinaires, c'est avec eux que Fuller a obtenu les meilleurs résultats. Ces symptômes se présentent généralement sous forme de cystite et sont dus à une propagation à la vessie des lésions périvésiculaires. Rationnellement c'est bien là que la vésiculotomie ou la vésiculectomie sont capables de donner des résultats définitifs.

Jusqu'à 1909 Fuller avait pratiqué 126 vésiculotomies. Cette année-là il a publié une liste de 105 opérations non communiquées :

Voici ses résultats :

1er groupe : Symptômes urinaires (cystite, écoulement) : 32 cas.

Guérison.....	dans 21	cas
Grande amélioration.....	— 8	—
Pas d'amélioration (tub. ultérieure)..	— 3	—

2e groupe : Symptômes génitaux et psychiques : 39 cas.

Guérison	dans 22 cas
Amélioration	— 16 —
Tuberculose ultérieure	— 1 —

3e groupe : Symptômes articulaires ; rhumatisme blennorragique : 41 cas.

Rhum. aigu	14 cas (12 guéris., 2 amélior.)
Rhum. subaiguë	3 cas (2 guéris., 1 tuberculose)
Rhum. avec attaques intermittentes	2 cas (guérison)
Rhum. chronique de plusieurs mois	7 cas (5 guéris. 2 améliorat.)
Rhum. chronique de plusieurs années	8 cas (4 guéris., 4 amélior.)

En 1912 Fuller a publié 125 nouvelles opérations. Il y avait 81 cas de rhumatisme.

En 1913 il a accompli 95 vésiculotomie, dont 69 pour rhumatisme, parmi lesquels il y avait 25 cas très anciens.

Cunningham a publié une liste de 111 vésiculotomies.

Ses résultats sont :

1er groupe : inflammatoire :

A) Inflammation aiguë : 14 cas.

a) Associée à la suppuration de la prostate.	3 cas
b) Associée à la suppur. de la prostate et à l'épid. unilatérale	2 —
c) Associée à la rupture dans la fosse ischio-rectale	4 —
d) Suppuration dans les 2 vésicules	5 —
Guérison	12 cas
Amélioration	2 —

B) Inflammation chronique (écoulement urétral opiniâtre, épididymite récidivante, cystite) : 22 cas.

Guérison.....	16 cas
Amélioration.....	4 —
Pas d'amélioration.....	2 —

2e groupe : rhumatismal et écoulement : 67 cas.

Rhumatisme :	Guérison.....	66 cas
	Amélioration.....	1 —
Ecoulement :	Guérison.....	52 —
	Amélioration.....	12 —
	Pas d'amélioration.	3 —

3e groupe : neurasthénique et douleur : 8 cas.

Guérison.....	4 cas
Amélioration.....	3 —
Pas d'amélioration.....	1 —

Fuller, d'après ce qu'il trouve au moment de l'intervention, divise en :

1° Cas avec inflammation aiguë ;

2° Cas où le tissu cellulaire périvésiculaire présente un épaississement induré ;

3° Cas où il y a surtout du catarrhe inflammatoire et de la dilatation des vésicules ;

4° Cas avec végétations adénomateuses de la muqueuse.

Ce sont aussi, pour lui, les données qu'on peut obtenir au toucher.

Respectivement pour vésiculotomie et vésiculectomie, Edward White donne les indications suivantes :

La vésiculectomie serait indiquée dans :

1° Abcès multiples de la paroi vésiculaire ;

2° Vésiculites anciennes produisant des symptômes vésicaux ;

3° Vésiculite produisant des symptômes du côté de l'uretère ;

4° Symptômes nerveux graves, même la vésicule n'étant pas très altérée.

La vésiculotomie aurait un champ d'action plus vaste ;

1° Spermatorrhée et écoulement ;

2° Vésiculite catarrhale et suppurée aiguë ;

3° Vésiculite chronique où le massage ramène du pus et du sang.

Les indications données par Squier se superposent aux types cliniques de Fuller :

1° groupe : suppuration prédominante : vésiculite aiguë, épididymite récidivente, écoulement urétral intermittent, écoulement après défécation, périvésiculite, calculs, pyovésiculoses ;

2° groupe : douleur prédominante : douleur périnéale persistante et neurasthénie sexuelle après avoir éliminé les autres causes de cette neurasthénie ;

3° groupe : rhumatisme prédominant : type aiguë, subaiguë, et chronique.

La vésiculotomie est-elle suffisante ? — Fuller, le promoteur du traitement chirurgical des spermatocystites, s'est toujours borné à faire la vésiculotomie pure et simple.

Les chirurgiens qui l'ont suivi sont allés plus loin.

Ainsi Young, lorsque la vésicule est entourée

d'adhérences, libère d'abord et incise après. Il fait aussi plusieurs incisions, étant donné que la vésicule est un organe entortillé, avec beaucoup de diverticules.

Par contre il dit que dans la plupart des cas la résection totale n'est pas nécessaire, contrairement à ce qui doit être fait dans la tuberculose des vésicules.

M. Papin incise d'abord et ensuite il fait le morcellement de la poche. Il termine par un curettage.

A vrai dire une bonne dissection des vésicules séminales par la plaie périnéale est difficile. On commence par disséquer et on finit par morceller.

Il faut aussi se rappeler des formes vésiculaires suivant la classification de Picker pour se faire une idée des difficultés de la vésiculectomie périnéale.

Si dans les trois premières formes établies par Picker (c'est-à-dire là où il n'y a pas de grande diverticules) l'opération, en cas de défaut du drainage naturel, sera relativement facile et efficace ; dans les deux dernières formes (avec de grands diverticules) l'incision simple peut ne pas toujours suffire et l'ablation radicale est épineuse. Mais comme d'un autre côté, pratiquement la vésiculotomie, avec au besoin plusieurs incisions, a donné des résultats qu'elle donne seule et qui sont certainement bons, il ne faudrait, peut-être pas demander davantage et, par conséquent, faire une intervention plus complète au point de vue opératoire, mais qui ne le serait pas au point de vue des résultats.

Thomas, qui s'est fait défenseur de la vasoponction, après avoir admis la vésiculectomie pour périvésiculite et pyovésiculasis et abcès alvéolaires, pose les questions suivantes à ceux qui après échec du massage s'adressent au traitement direct et chirurgical des vésicules ;

1° Est-il possible, vu les données anatomiques, de drainer par vésiculotomie tous les petits foyers dans le tractus séminal infecté, surtout si cette incision est pratiquée aveuglément ou sous la sensation tactile ?

2° L'opération se propose-t-elle une cure partielle laissant derrière elle des foyers d'infection capables de perpétuer le processus inflammatoire sous une forme latente ?

3° La prostatite étant communément associée aux spermatocystites, est-il logique de drainer simplement des vésicules et d'ignorer la prostate infectée ?

4° La vésicule etant l'homologue du salpinx, est-il correct de drainer simplement l'un et de faire l'ablation de l'autre ?

5° Ne serait-ce pas une meilleure procédure chirurgicale, lorsque l'intervention radicale devient nécessaire, de faire la vésiculectomie ?

6° La vésiculotomie et la vésiculectomie sont-elles des opérations absolument inoffensives, en comparaison avec les autres de moindre sévérité, applicables à beaucoup de cas ?

7° N'est-ce pas un excellent principe chirurgical d'avoir recours aux procédés moins graves et de

réserver les procédés plus compliqués seulement dans les cas spéciaux ?

Picker n'admet aussi que la vésiculectomie.

J.-D. Barney préfère la vésiculectomie.

Ayant remarqué l'association fréquente de la vésiculite avec la prostatite, Young H.-H. a conseillé en 1913 de faire la prostatotomie en même temps que la vésiculotomie, naturellement si on se trouve en présence de lésions évidentes. D'après lui, avant de terminer l'opération, il faut examiner les canaux déférents en se rappelant les fléxuosités et la conformation de ses ampoules qui peuvent être le siège de collection purulentes.

Nous publions une observation où M. Papin a exécuté en même temps la vésiculotomie et la prostatotomie.

En pratiquant la vésiculotomie, la prostatite et la déférentite à part, on peut se trouver en face d'autres lésions, notamment le rétrécissement urétral infranchissable. Dans les conditions normales on dilate l'urètre avant d'opérer sur les vésicules.

Fuller dit qu'il s'est trouvé quelquefois en présence de foyers vésiculaires étendus et de rétention d'urine avec infection à la suite d'un rétrécissement. Dans ces cas il ouvrait le foyer vésiculaire mais aussi drainait les urines par cystostomie quitte à intervenir plus tard sur l'urètre.

Cette pratique l'exposait à l'obligation de faire plusieurs opérations consécutives.

Cette objection l'a conduit à un procédé combiné.

Il exécute d'abord la vésiculotomie. Il ouvre ensuite l'urètre profond et incise le col de la vessie ; il place un drain qui assurera l'évacuation des urines. Le temps suivant est destiné à la réparation de la lésion urétrale. Celle-ci peut demander la résection du rétrécissement, le drainage des zones supprimées, etc., etc.

Lorsqu'il y a une suppuration abondante, Fuller laisse le périnée ouvert bourré de gaze. Le drain vésical en caoutchouc est maintenu en place en s'assurant de son bon fonctionnement.

L'expérience de Fuller jusqu'à 1917 était limité à 10 cas. Neuf malades guérirent, un malade mourut, ce dernier avait une inflammation streptococcique des deux vésicules. De plus, chez ce malade Fuller avait enlevé l'adénome, le col vésical étant incisé.

Dans ce cas le septième jour après l'opération, quand la convalescence paraissait établie une hémorragie persistante survint. Le malade est mort sept jours après.

Fuller n'a noté l'incontinence postopératoire.

Accidents de l'opération. — Comme nous l'avons dit, Fuller jusqu'à 1913 sur 346 opérations ne rapporte pas de mortalité. Les autres chirurgiens non plus. Donc la mortalité de cette opération était nulle. Depuis, Fuller a enregistré une mort due à l'ablation d'un adénome prostatique pratiquée au cours de la vésiculotomie.

Quelles sont les accidents que peut présenter l'opération ? Les principaux sont :

a) Hémorragies d'ailleurs peu graves, pouvant être facilement arrêtées par tamponnement, hémorragies provenant surtout du pôle supérieure externe de la vésicule. Dans la vésiculectomie, la ligature du pôle supérieur est obligatoire (les vaisseaux abordant la vésicule de ce côté) ;

b) Perforation du rectum qui peut être suturée et qui guérit *per primam*. En tout cas, elle n'offre pas de danger d'infection, les voies urinaires étant intactes ;

c) Paralysie du spincter externe de l'anus qui doit être évitée par une technique régulièrement exécutée ;

d) Ouverture de la vessie ;

e) Section de l'uretère possible, mais toujours facile à éviter, une certaine épaisseur de tissu cellulaire se trouvant entre l'uretère et la vésicule ;

f) *Potentia cœundi* peut-elle être supprimée par l'incision des vésicules ? Fuller n'a vu aucune espèce d'influence nuisible. Elle guérit au contraire l'impuissance.

g) *Impotentia generandi* suit-elle la vésiculotomie ?

Par la physiologie comparée nous savons grâce aux expériences de Walker, Steinach, que la capacité sexuelle n'est pas du tout influencée par l'ablation des vésicules chez les rongeurs, le pouvoir de fécondation étant seul diminué.

Steinach a constaté chez les rats blancs, une diminution de la fécondité après l'ablation des vésicules, séminales et l'infécondité après ablation des vési-

cules et de la prostate (Walker lui reproche d'avoir démolit les canaux éjaculateurs).

Walker trouve l'abolition de la fécondation chez sept sur douze rats blancs, après vésiculectomie. La capacité sexuelle chez tous est restée intacte.

Cunningham dit que l'ablation des vésicules chez cinquante cobayes n'a pas diminué la fécondité.

Mais avant de se demander ce que la vésiculotomie peut faire de mal en ce qui concerne le pouvoir de fécondation chez l'homme, il faut savoir ce que valent les vésicules malades, inflammées.

Guelliot et Belfield disent que les spermatozoïdes sont absents dans les vésicules inflammées.

Schmidt trouve que les spermatozoïdes des vésicules inflammées sont immobiles ; la vésicule est devenue impropre à leur vie.

Il y a ainsi une analogie avec ce que Fürbringer dit au sujet du liquide prostatorrhéique, c'est-à-dire que le liquide aurait une influence néfaste sur les spermatozoïdes et pourrait être une cause d'*impotentia generandi*.

Lewin et Bochm trouvent dans :

20 o/o des cas spermatozoïdes vivants
11 o/o — — morts

Duhot trouve que les spermatozoïdes manquent dans les vésiculites chroniques et il conclut que la vésiculite peut produire la stérilité en altérant le sperme et en tuant les spermatozoïdes.

Oberlander et Kollmann ont observé dans les

spermatocystites soit l'absence de spermatozoïdes, soit des spermatozoïdes sans mouvements.

II. — *Intervention sur les canaux déférents pour irrigation des vésicules.* — En 1903, Belfield préconisa l'injection de médicaments dans les vésicules en passant par le canal déférent, c'est-à-dire en faisant la vasotomie.

Les anciens auteurs comme Morgagni, de Graaf, savaient qu'un liquide poussé par le canal déférent remplissait d'abord la vésicule, avant de passer dans l'urètre.

Belfield a mis en pratique ces constatations faites sur le cadavre, en les vérifiant sur le vivant par la radiographie de l'appareil séminal.

Pour cela il ouvre le canal déférent par l'incision inguinoscrotale, et il y injecte le liquide médicamenteux au collargol.

En 1913, après dix-huit mois d'études radiographiques, Belfield a formulé les propositions suivantes :

1° Puisque l'occlusion des canaux déférents et éjaculateurs est fréquente, il faut faire une injection préliminaire d'argyrol à 10 o/o. Si l'argyrol n'atteint pas l'urètre prostatique en vingt minutes (le cathéter ramène de l'argyrol ou la miction est colorée) la solution de collargol ne doit pas être injectée.

2° Le canal déférent et les vésicules acceptent habituellement 3 à 6 centimètres cubes de liquide ; une plus grande quantité s'écoulerait par l'urètre. S'il n'y a pas d'oblitération des voies séminales, une

quantité illimitée peut passer à travers les voies séminales dans l'urètre prostatique, d'où elle passe ordinairement dans la vessie, mais va aussi quelquefois vers le méat.

Ceci constitue une irrigation idéale du canal déférent, des vésicules séminales, du canal éjaculateur, de l'urètre prostatique et aussi de l'utricule lorsque les canaux éjaculateurs s'ouvrent dans ce sac. Cette irrigation peut être répétée à discrétion par l'opérateur.

3° Les solutions d'argyrol sont habituellement expulsées complètement des voies séminales en deux jours, le collargol peut continuer à apparaître macroscopiquement dans les urines deux semaines après l'injection, microscopiquement deux, à quatre semaines, sous formes de cristaux bruns.

Comme nous l'avons déjà dit cette méthode de traitement est aussi une méthode de diagnostic et d'exploration. Les résultats qu'on peut ainsi obtenir sont décrits dans la partie pathologique de cet ouvrage.

Jusqu'à 1913 Belfield a pratiqué cette opération 149 fois sans accidents, dans les cas suivants :

1° Infection gonococcique ou autre, aiguë, des vésicules séminales ;

2° Infection gonococcique ou autre chronique des vésicules séminales ;

3° Vésiculite chronique purulente des vieillards ;

4° Epididymite récidivante.

Belfield justifie son opération dans l'épididymite

récidivante surtout par l'argument que quand il y a épididymite il y a toujours une déférentite et vésiculite, c'est-à-dire que tout le tractus génital est infecté.

Belfield se sert de collargol de 5, 10 o/o, aussi d'argyrol à 10 o/o.

Staley dit que le collargol donne des grumeaux avec le pus, ce qui rend difficile l'expulsion par le massage.

Staley reproche à la vasotomie la nécessité d'être répétée. Il dit notamment qu'il est difficile de guérir une vésiculite par une seule injection par le déférent; il en est de même dans l'urétrite postérieure ou cystite qu'il est difficile de guérir par un seul lavage.

Une autre reproche que Staley fait à la vasotomie et à l'irrigation de la vésicule, c'est que très souvent il y a oblitération de la lumière de la vésicule, des canaux éjaculateurs (reproche faite aussi au massage), et du canal déférent. En effet Belfield lui-même trouve sur 25 examens cadavériques : 1 oblitération double et 2 oblitérations unilatérales des canaux éjaculateurs. Enfin en cas de périvésiculite l'injection seule est d'une efficacité très douteuse.

Thomas (de Philadelphie) reconnaît la contre-indication de la vasotomie chez les sujets ayant l'oblitération du canal spermatique, sauf pour les besoins de diagnostic.

Il reconnaît aussi la futilité de cette opération dans la pyovésiculose, périvésiculite, abcès avéolaires de la vésicule. Dans les deux premiers cas il conseille la vésiculectomie; dans le troisième la vésiculotomie à

condition d'ouverture de toutes les collections purulentes.

Dans les autres cas de spermatocystites, Thomas pense que les malades se trouveraient tout aussi bien du massage prolongé, de vaccinothérapie, mais surtout de vasotomie, plus spécialement de vasoponction, procédé employé par lui. La vasoponction consiste à ponctionner le canal déférent avec une aiguille, sans l'ouvrir, sans l'inciser. La vasoponction serait indiquée surtout dans les spermatocystites subaiguë, chronique et catarrhale. Thomas assimile cette injection au lavage du bassinet dans les pyélites.

Thomas se sert de collargol à 5 o/o.

Parmi les autres substances employées, il note :

Protargol à 0,5 o/o ;

Argyrol à 10 o/o ;

Nitrate d'Ag. à 1-2 o/o.

Il a traité 94 cas par la vaso-ponction et voici ses résultats :

37,9 o/o guérison ;

52 o/o amélioration ;

10,1 o/o aucune amélioration.

Parmi ces 94 malades, 27 avaient eu l'épididymite.

Les dangers de la vasotomie et de la vaso-ponction sont les suivants :

La funiculite chimique,

L'épididymite chimique,

La stérilité par oblitération des déférents.

En résumé : La vasotomie est une opération facile, ses contre-indications sont assez nombreuses, elle doit être répétée. Elle est bien plus facilement acceptée par le malade que la vésiculotomie. Elle présente en somme une transition entre le massage et l'attaque directe et sanglante des vésicules.

Les guérisons définitives n'atteignent pas 50 o/o.

Elle présente un avantage, c'est de servir de diagnostic des lésions vésiculaires et de la perméabilité des voies seminales excrétrices.

Thomas a signalé le rôle d'irrigation vésiculaire par vasotomie comme moyen abortif dans le traitement de la vésiculite séminale aiguë.

III. — *Technique opératoire*

A) *Vasotomie et vasostomie* (Belfield). *Vaso-ponction* (Thomas). — Le malade doit prendre une purgation la veille de l'opération. Le malade est couché sur une table. Le scrotum et la région inguinale sont rasés et nettoyés.

Immédiatement avant d'entreprendre l'opération les vésicules séminales doivent être massées et vidées de leurs produits inflammatoires :

1° Un aide isole, maintient et fixe le canal déférent dans la racine des bourses, tandis que l'opérateur injecte dans la peau une solution de novocaïne à 1 o/o additionnée de suprarénine dans la proportion de 1 : 300.000 ;

2° Faire une incision longitudinale de 2 cm. 5 de

longueur à travers la peau et le fascia. Poser les pinces et isoler le canal déférent. Avant d'isoler le déférent il faut anesthésier les tissus qui l'entourent ;

3° Libérer le canal de ses enveloppes fasciales ;

4 Poser alors le manche du bistouri sous le canal et exercer une légère traction. On peut aussi passer un fil ;

5° Jusqu'ici la vasotomie et la vaso-ponction ne diffèrent pas.

Pour introduire le liquide dans le canal déférent. Belfield fait une petite incision sur le canal déférent (vasotomie). Cette incision peut ne pas être suturée. Après l'opération on pourra par là répéter la manœuvre. On peut aussi sectionner le déférent et fixer le bout supérieur à la peau (vasostomie).

Thomas n'incise pas le canal déférent. Il tend le canal, en exerçant une légère traction sur le manche du bistouri. Il introduit une aiguille dans le canal (vaso-ponction). Quelquefois il laisse l'aiguille en place. Dans ce but il a fait construire une aiguille spéciale.

6° Avant d'injecter la substance médicamenteuse (collargol) qu'on se propose de faire agir sur le tractus séminal, Belfield injecte de l'argyrol à 10 o/o ; Thomas 2-3 centimètres cubes d'une solution de bleu de méthylène pour explorer la perméabilité des canaux éjaculateur et déférent. Pour cela on a placé un cathéter dans l'urètre postérieur. Si l'argyrol n'atteint pas l'urètre prostatique en vingt minutes, la

solution de collargol ne doit pas être injectée. On se trouve dans ce cas en présence d'une oblitération et il ne faut pas essayer d'injecter, le liquide pourrait couler en arrière et provoquer la funiculite et l'épididymite chimiques, surtout dans le procédé de ponction (Thomas).

7° S'il n'y a pas d'oblitération, injecter lentement 3-5 centimètres cubes de la solution. En injectant davantage la vésicule est surdistendue, stimulée de se vider par elle-même, comme la vessie. Dans ce cas une grande quantité de liquide peut passer à travers les voies séminales dans l'urètre prostatique ;

8° Quand l'aiguille est retirée, presser avec de la gaze pour prévenir la régurgitation et l'extravasation le long du cordon ;

9° Suturer le canal de fascia et la peau (vasotomie) fascia et peau (vaso-ponction).

B) *Ponction des vésicules séminales.* — Deux voies peuvent être employées pour ponctionner les vésicules séminales : la voie rectale et la voie périnéale :

1° Voie rectale. On place une valve dans le rectum pour déprimer la paroi postérieure.

La piqûre est pratiquée à 5-6 centimètres au-dessus de l'anus, latéralement par rapport à la ligne médiane, là où l'on sent le gonflement.

La blessure de la vessie se fait rarement, si on prend soin de ponctionner latéralement et bien au niveau du gonflement.

Dans le cas de spermatocystite il n'y a pas lieu de

craindre une fistule comme dans la tuberculose vésiculaire.

Mais il y a deux inconvénients :

a) Infection par le rectum ;

b) L'incision par cette voie n'est pas à conseiller, si on trouve du pus.

2e Voie périnéale. On peut piquer à deux endroits : sur la ligne médiane et latéralement à cette ligne.

La ponction médiane se fait à quelques centimètres en avant de l'anus. Son principal inconvénient, c'est de risquer de piquer facilement le bulbe ou la prostate.

La ponction latérale est préférable. On pique alors à 3 centimètres en avant de l'anus et à 3 centimètres en dehors du raphe médian à droite ou à gauche. On traverse ains la graisse ischiorectale-loin de l'urètre bulbaire et du rectum. On passe à côté de la prostate à travers le muscle releveur et en guidant l'aiguille sur un doigt introduit dans le rectum, on doit arriver ainsi sur la vésicule. Si le pus s'écoule il devient facile d'inciser en se guidant sur l'aiguille.

Pratiquement on se trouve rarement en présence de l'indication de tels explorations et procédés de traitement. Si la collection est petite il y a beaucoup de chances de ne pas arriver à la trouver par la ponction ; il faut alors quand même faire une opération de drainage. Si d'autre part la collection est considérable on peut pratiquer directement l'opération appropriée, sans ponction exploratrice, et enfin

grâce au progrès de la chirurgie, on est actuellement loin du temps de Guelliot où il préconisait la ponction en cas d'imminence d'irruption péritonéale.

C) *Vésiculotomie.* — La vésiculotomie a été jusqu'à présent pratiquée uniquement par voie périnéale.

I. *Procédé de Fuller.* — Au début Fuller mettait son malade à califourchon sur la table de Trendelenburg les cuisses étant fléchies, au maximum sur le bassin (1901).

Mais il a fini par trouver qu'il était très difficile de maintenir le corps dans une semblable position. Il a par conséquent abandonné ce dispositif et actuellement (1909) il emploie la position genu-pectorale sur une table horizontale, les cuisses séparées et fortement fléchies sur le bassin. Pour que le malade reste dans la même position,il faut deux aides, un de chaque côté. Fuller s'est adressé à la position genu-pectorale « pour mettre les tissus en extension et pour faciliter ainsi la bonne dissection ».

Avant l'opération l'intestin purgé est bien irrigé au sérum physiologique. Primitivement il faisait introduire un tampon dans le rectum ; actuellement il ne le fait plus.

Temps opératoires :

1° Incision de la peau. Deux incisions unilatérales réunies en avant par une incision horizontale.

Les incisions latérales commencent au niveau de la tubérosité ischiatique et se dirigent vers le coccyx. L'incision tranversale réunit les extrémités antérieures des incisions latérales, divisant le périnée

transversalement à 2 centimètres en avant du bord antérieur de la marge de l'anus.

2° Ceci fait on incise profondément le long des incisions latérales, allant à travers le tissu graisseux de l'espace ischiorectal et sectionnant quelques fibres inférieures du muscle grand fessier.

3° On introduit alors l'index gauche dans le rectum. On pince l'anus entre l'index et le pouce. L'index préservera ainsi de la section éventuelle du sphincter et de la paroi rectale. Cette dissection longeant la paroi rectale évitera que l'urètre soit blessé.

La dissection est poussée de proche en proche, contrôlée par le doigt rectal. On sectionne ainsi le muscle recto-urétral, quelques fibres du releveur et l'aponévrose prostato-péritonéale.

4° Abandonnant un moment le bistouri, on introduit l'autre index dans la plaie. L'index qui se trouvait dans le rectum est retiré et introduit dans la plaie.

Les deux doigts dissocient alors les tissus de l'espace se trouvant entre la prostate et la paroi rectale. On libère alors les connexions existant entre le rectum d'une part, les vésicules séminales et la paroi postérieure de la vessie de l'autre exposant ainsi les organes qu'on se propose d'attaquer.

L'index droit est alors placé sur le pôle supérieur de la vésicule. Avec la main gauche on introduit une sonde cannelée le long et au-dessous de l'index droit jusqu'à ce que le bout de l'instrument ait atteint le sommet de la vésicule.

La main gauche maintient fermement la sonde dans cette position, pendant que le doigt droit est retiré.

On prend alors de la main droite le bistouri, faisant glisser le dos de la lame le long de la cannelure jusqu'à ce que la pointe atteigne le sommet de la vésicule. Le manche est alors abaissé et une incision franche de 3-5 centimètres est faite sur le trajet de la vésiculeséminale, mettant ainsi à découvert la cavité de l'organe.

L'incision faite est élargie avec le bout du doigt.

5° Par un procédé identique la cavité de la vésicule séminale opposée est ouverte.

La cavité ouverte peut être explorée avec le doigt et si elle contient des granulations, le curettage peut être mis en œuvre.

6° Les cavités vésiculaires ainsi ouvertes, sont séparément bourrées de gaze. Deux drains sont placés entre la gaze et la paroi rectale.

7° Les incisions cutanées latérales sont suturées, l'incision transversale étant laissée ouverte

8° Fuller ne conseille pas l'irrigation par les drains. Les mèches sont enlevées le cinquième jour, les drains le quinzième jour.

Fuller insiste beaucoup pour laisser les drains quinze jours, afin d'effectuer le drainage aussi complet que possible.

II. *Tous les autres procédés de vésiculotomie périnéale* sont pratiquées dans la position de la taille et ont pour caractéristique d'étaler sous les yeux du

chirurgien les organes sur lesquels on se propose d'intervenir.

On opère comme pour la prostatectomie périnéale.

Pour mieux exposer les vésicules, certains chirurgiens ont recouru aux artifices leur permettant d'attirer vers le bas la région vésiculaire. Ainsi Young se sert d'un écarteur (tractor de Young) introduit dans la vessie. Squier passe deux fils de soie à la base de la prostate.

Temps opératoires :

1° Le malade est placé dans la position de la taille avec la flexion extrême des cuisses sur le bassin.

2° Incision cutanée en V renversé (Young) ou tout simplement curviligne à concavité postérieure, le sommet de l'incision se trouvant à 3-4 centimètres en avant du rectum. Les parties latérales de l'incision sont parallèles aux branches ischiopubiennes et se tiennent immédiatement en dedans des tubérosités ischiatiques.

3° Après avoir incisé la graisse et l'aponévrose superficielles, les fosses ischiorectales sont ouvertes avec le doigt ou le bistouri.

Young introduit à ce moment son écarteur pour mieux exposer le raphé.

4° Section du raphé, immédiatement en arrière du bulbe.

5° Section du muscle urétrorectal, permettant de repousser le rectum par en bas et de le séparer de la loge aponévrotique prostato-vésiculaire.

Young à ce moment introduit son écarteur jusqu'à

dans la vessie. Cet écarteur est ouvert et la traction est exercée exposant la face portérieure de la prostate. Le fascia de la prostate montre le plan de clivage entre la prostate et le rectum.

Continuant la réaction et usant en même temps de l'instrument comme levier, poussant le bout extérieur vers l'abdomen,la prostate et les vésicules sont ramenées en avant vers la plaie.

Squier pour arriver au même but, passe deux fils de soie au point d'union de la prostate avec la vessie. Les fils sont placés le plus latéralement possible. La traction sur ces fils imprime à la prostate un mouvement de rotation sur son axe transversal ce qui expose bien les organes. D'autres auteurs américains emploient le « tenaculum forceps » qui saisit la prostate (Cunningham).

6° Incision des vésicules.

D) *Vésiculectomie.* — Ullmann et Villeneuve en 1890, les premiers, ont enlevé les vésicules, l'un par voie périnéale, l'autre par voie inguinale. Ils furent suivis par Roux (de Lausanne), Baudet et Duval, Young, etc. Schede et Sick en 1893, enlevèrent les vésicules par voie sacrée.

Enfin Fiolle a proposé la voie coccypérinéale.

Mais tous ces procédés de vésiculectomie étaient en général dirigés contre la tuberculose vésiculaire.

En ce qui concerne les vésiculites non tuberculeuses qui nous intéressent ici, c'est la vésiculotomie qui a été surtout pratiquée. Les auteurs parlent bien de la vésiculectomie dans les spermatocystites,

mais lorsqu'il s'agit d'opérer ils se contentent de la vésiculotomie (Young). Fuller n'a jamais pratiqué la vésiculectomie pour vésiculites non tuberculeuses. Thomas, après l'échec des autres méthodes du traitement des vésicules, admet que la vésiculectomie seule est capable de supprimer le foyer septique.

En dernier lieu nous rappelons de nouveau que M. Papin se contente d'exciser la vésicule dans la mesure du possible (voie périnéale).

La vésiculectomie a été surtout préconisée dans les cas de lésions périvésiculaires au cours d'une spermatocystite (Squier, Thomas, Young).

Puisque dans le traitement chirurgical des spermatocystites c'est la vésiculotomie qui a fait ses preuves et a suffit dans la majorité des cas, nous serons très brefs sur les procédés de vésiculectomie qu'on sera appelé à faire très rarement. Leur description sera exposée surtout d'après Fiolle.

Voies antérieures

1° *Voie inguinale,* proposée par Villeneuve. L'incision cutanée part de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle suit le canal inguinal et s'arrête à la racine des bourses. Le canal inguinal est tendu dans toute sa longueur et on récline les organes du cordon. En incisant le fascia transversalis, on met à nu la fosse iliaque externe sur laquelle vient se réfléchir le péritoine pariétal.

Le doigt coiffé d'une compresse décolle le péritoine.

Le décollement est poussé jusqu'à la vésicule qui est alors extirpée.

2° *Voie suspubienne.* — Young a proposé cette opération en 1900. Voici sa technique :

Premier temps. — Incision médiane de l'ombilic au pubis. Au-dessous de l'ombilic section des deux muscles droits. L'incision prend ainsi la forme d'un T.

Le péritoine doit être respecté.

Deuxième temps. — Ouverture extrapéritonéale de la vessie. On cathétérise les uretères.

Troisième temps. — Décollement du péritoine. Un doigt tient la vessie ; un autre doigt armé d'une compresse décolle la séreuse. Young prétend que ce temps est très facile.

Quatrième temps. — Excision des vésicules.

Cinquième temps. — Suture de la vessie.

Sixième temps. — Suture des parois et drainage.

Voies inférieures

1° *Voie périnéale.* — C'est Ullmann qui le premier a fait cette opération. Nous avons décrit déjà les temps opératoires qui conduisent aux vésicules. Il ne reste qu'à les exciser, ce qui est plein de difficultés ;

2° *Voie ischiorectale.* — Roux a préconisé cette voie, pour éviter les difficultés qu'on rencontre en décollant la paroi antérieure du rectum.

Après avoir pénétré dans la fosse ischiorectale, on

coupe le releveur de l'anus et on tombe sur la prostate qu'on aborde latéralement. La prostate est saisie avec une pince et attirée en bas du côté opposé à celui où l'on opère. La vésicule est alors disséquée.

Voies postérieures

1° *Voie sacrée.* — L'opération de Kraske a été employée par Schede et Routier en vue de la vésiculectomie. Elle présente de graves inconvénients ;

2° *Voie parasacrée.* — 1° Rydygier a préconisé cette voie. Il incise la peau depuis l'épine iliaque postéro-supérieure gauche jusqu'au sommet du coccyx. L'incision, de là, se continue en suivant la ligne médiane jusqu'à l'anus. Suivant le même tracé le sacrum préalablement ruginé est temporairement réséqué.

2° Opération de Schede et Sick. Voilà leur description : « On fait l'extirpation des vésicules par une incision verticale commençant au milieu du sacrum et au côté gauche de l'anus. On enlève le coccyx. on écarte le rectum et après avoir pénétré dans la région prostatique on enlève la vésicule ».

3° *Voie coccypérinéale* préconisée par Fiolle.

Premier temps. — L'incision cutanée part de la tubérosité et va à l'articulation sacrococcygienne en décrivant une ligne courbe à concavité interne ;

Deuxième temps. — Incision des fibres supérieures du grand fessier, des faisceaux postérieurs du releveur de l'anus, de l'ischiococcygien gauche, des

ligaments articulaires sacro-coccygiens et de l'aponévrose périnéale profonde ;

Troisième temps. — Ecartement du rectum ;

Quatrième temps. — Pincement des vaisseaux vésiculo-déférentiels ;

Cinquième temps. — Ouverture de la loge vésiculo-déférentielle ;

Sixième temps. — Ablation des vésicules séminales ;

Septième temps. — Suture et drainage.

OBSERVATIONS

Rapport de Fuller sur 105 observations de vésiculotomie non publiées, présenté au VIII[e] Congrès de l'Association urologique américaine en 1909 à Chicago :

A) *Symptômes urinaires prédominants*

23. Rétention. Abcès. Gonorrhée aiguë. Cure.
24. Ecoulement urétral persistant. Cure.
25. Symptômes marqués de cystite. Amélioration.
26. Ecoulement urétral chronique. Tuberculose dans la suite.
27. Cystite marquée. Cure.
28. Idem. Cure.
29. Ecoulement urétral. Bactériurie. Irritation vésicale. Cure.
33. Cystite marquée. Cure.
36. Mictions fréquentes. Dysurie. Cure.
37. Ecoulement intermittents et épidid. récidivante. Cure.
46. Ecoulement intermittent et bactériurie. Cure.
59. Ecoulement intermittent et mictions douloureuses. Cure.
60. Rétention. Abcès des vésicules. Cure.
62. Dysurie. Abcès menaçant. Cure.
65. Ecoulement intermittent. Quitte l'hôpital satisfait.
63. Mictions fréquentes. Cure.

69 Mictions fréquentes et cystite. Cure.

74. Ecoulement intermittent marqué et troubles urinaires. Cure.

75. Ecoulement et difficulté pour uriner. Satisfait en quittant l'hôpital.

79. Mictions très fréquentes avec douleurs, urines chargées de pus et de bactéries. Très amélioré. Vu six mois après l'hôpital, une miction toutes les deux heures et demie sans douleur.

86. Symptômes marqués de cystite chr. Amélioration temporaire, tuberculose ultérieurement.

89 Mictions fréquentes et douloureuses. Cure.

98. Ecoulement chronique et douleur à la miction. Cure.

104. Ecoulement chronique et mictions impérieuses. Cure.

106. Mictions impérieuses et douloureuses. Amélioration.

109. Mictions très fréquentes et douloureuses. Cure.

115. Ecoulement intermittent et urines troubles. Satisfait en quittant l'hôpital.

118. Symptômes marqués de cystite. Cure.

119. *Idem.* Amélioré.

123. Ecoulement intermittent. Cure.

126. Symptômes de cystite chonique. Cure.

B) *Symptômes génitaux et neurasthéniques prédominants*

22. Impotence. Cure.

30. Impotence. Cure.

34. Stérilité et fonctions sexuelles défectueuses. Cure. Sa femme est restée enceinte deux ans après.

35. Incapacité sexuelle. Cure.

43. Impuissance. Le pouvoir sexuel restauré.

47. Impuissance. *Idem.*

49. Impotence. Quitte l'hôpital satisfait.

53. Impotence. Cure.

55. Impotence. Très satisfait depuis la sortie de l'hôpital.

70. Incapacité sexuelle. Cure.
81. Impotence. Quitte l'hôpital satisfait.
82. Impotence. *Idem.*
85. Impotence. Cure.
91. Impotence. Cure (Marié depuis et un enfant).
95. Impotence. Quitte l'hôpital satisfait.
105. Faiblesse sexuelle marquée. Quitte l'hôpital amélioré.
107. Impotence. Cure (s'est marié).
108. Impotence. Cure. Mais le malade désire être plus fort.
114. Faiblesse sexuelle marquée. Très amélioré.
116. Faiblesse sexuelle marquée. Quitte l'hôpital satisfait.
31. Dépression mentale. Cure.
32. Troubles nerveux réflexes. Cure.
39. Douleur réflexe dans le dos et ailleurs. Cure.
40. Troubles nerveux et mentaux. Grosse amélioration.
41. Mélancolie marquée. Cure.
58. Neurasthénie marquée. Soulagement temporaire, mais la tuberculose ultérieurement.
63. Troubles nerveux. Cure.
64. Troubles mentaux réflexes. Quitte l'hôpital satisfait.
72. Très nerveux. Tuberculose démontrée. Pas d'amélioration par l'opération.
73. Troubles mentaux et nerveux. Pas d'amélioration.
77. Neurasthénie et troubles mentaux. Cure.
83. Neurasthénie et troubles mentaux. La dégénérescence mentale a été prouvée (paranoïa). Pas d'amélioration par l'opération.
84. Troubles mentaux et neurasthéniques par suite des abus précoces. Grande amélioration.
87. Mental et neurasthénique marqué. Va mieux, vu six mois après l'opération,
88. Cas très mauvais de troubles mentaux et neurasthéniques datant depuis vingt ans. Actuellement, deux ans après l'opération, très satisfait.

90. Troubles mentaux et neurasthéniques, marqués datant dès la puberté. Va mieux, vu six mois après l'opération.

103. Troubles mentaux et neurasthéniques. Amélioration.

124. Troubles marqués mentaux et neurasthéniques à la suite d'une blennorragie contractée à la puberté. Cure.

125. Neurasthénie marquée. Cure.

C) *Rhumatisme prédominant*

113. Cas très chronique. Durée progressive de dix-huit ans. La plupart des articulations sont prises. Soulagement très marqué pendant six mois qui ont suivi l'opération. Actuellement après neuf mois il y a rechute de symptômes.

117. Cas très chronique. Cuisses et genoux fléchis très raides même sous l'anesthésie. Etat général mauvais, amaigrissement marqué. Quitte l'hôpital la semaine après l'opération très amélioré. On lui fait en même temps du massage et des mouvements passifs.

120. Rhumatisme subaigu. Cure.

121. Rhumatisme aigu. Cure.

122. Rhumatisme aigu. Cure.

38. *Idem.* Cure.

42. *Idem.* Cure. Bon état trois ans après.

44. *Idem.* Cure.

45. *Idem.* Cure.

48. Cas sévère d'une longue durée. Amélioration prompte mais rechute plus tard.

51. Cas d'une durée considérable. Amélioration. Cure après abandon temporaire des excès sexuels.

52. Rhumatisme très chronique. Soulagement rapide de la douleur. Les mouvements articulaires ont été récupérés.

54. Cas chronique. Cure après une rechute temporaire, due aux rapports sexuels repris immédiatement après l'opération.
56. Cas sever, sept mois de durée. Cure. Légère rechute après l'opération.
57. *Idem*. Cure.
61. Rhumatisme aigu. Cure.
66. Cas extrêmement chronique et généralisé. Grande amélioration. Rechute légère. Le malade a été perdu de l'observation.
67. Rhumatisme aigu. Quitte l'hôpital soulagé.
71. Nombreuses articulations prises. Durée de plusieurs mois. Cure.
76. Cas subaigu. Cure.
78. Cas sever et à rechutes. Cure.
80. *Idem*. Quitte l'hôpital état satisfaisant.
92. Arthrites chroniques de la hanche. Amélioration trois mois après l'opération mais pas énorme.
93. Synovite chronique du genou gauche. Cure.
94. Rhumatisme aigu. Cure.
96. *Idem*. Cure.
97. Arthrite chronique et généralisée. Alité ou avec béquilles depuis huit ans. Quatre semaines après l'opération le malade est venu sans béquille ni canne pour être montré à l'Académie de Médecine.
99. Rhumatisme très aigu. Cure.
100. Cas aigu. Alité depuis trois mois. Cure.
124. Rhumatisme aigu. Cure.
101. *Idem*. Cure.
102. Cas subaigu. Amélioration mais ultérieurement se développe la tuberculose.
111. Lésions articulaires et cardiaques. Amélioration après l'opération. Beaucoup de progrès pendant six mois. Rechute de symptômes rhumatismaux.

112. Arthrites chroniques des genoux et des chevilles. Quitte l'hôpital très amélioré. Six mois après, les chevilles allaient bien, mais les mouvements des genoux n'étaient pas récupérés. Etat général s'était amélioré. Je soupçonne que ce cas n'ait pas bénéficié du massage suffisant.

OBSERVATION I (Edward White)

M. E..., âgé de 39 ans.

Antécédents.— Urétrite six semaines avant l'examen. Deux semaines après le début de l'urétrite est survenu une sévère épididymite avec douleur très marquée au niveau du périnée et dysurie. Tous ces symptômes subsistent le jour de l'examen.

Examen. — Température 40°7 environ. Nausées et vomissements s'ajoutent aux symptômes précédents.

Rétention d'urine aiguë ; le cathétérisme la supprime.

Organes génitaux. Ecoulement abondants. Epididyme infiltré. Testicule douloureux et augmenté. Toucher rectal montre la prostate augmentée de volume irrégulière et douloureuse. Les vésicules séminales sont énormes et fluctuantes. La culture du liquide recueilli par le massage vésiculaire donne des colonies de staphylocoques et de gonocoques. Leucocytose 28.000.

Traitement. — La vésiculotomie avec drainage est pratiquée. Ceci donne lieu à l'évacuation d'une grande quantité de pus. Deux jours après l'opération tous les symptômes sont diminués.

Leucocytose 15.000, pas de rétention, pas de douleurs.

Trente jours après, le malade quitte l'hôpital en état de santé parfaite. L'incision périnéale était fermée.

L'épididyme à peine sensible à la palpation forte.

OBSERVATION II (Edward White, 1916)

Antécédents. — M..., âgé de 45 ans, marié.

A été soigné depuis huit ans (1908) pour trois ou quatre attaques d'urétrite. L'écoulement persiste toujours ainsi qu'une vive douleur au niveau du front.

Son état restait non amélioré par le traitement ordinaire, malgré qu'il a été suivi religieusement dans ses moindres détails.

En juin 1910, une vasotomie bilatérale a été pratiquée, avec un soulagement temporaire.

A cause de l'inactivité occasionnée par les troubles génitaux continus, il était extrêmement déprimé et le rendement de son travail était très diminué depuis huit mois environ.

Examen rectal. — Vésicules sensibles et indurées. Epididyme douloureux, mais pas de changements pathologiques. Le liquide vésiculaire contenait du sang et du pus.

Traitement. — Vésiculotomie en février 1916. Le malade quitte l'hôpital, quatre semaines après l'opération. Revu le 4 avril 1916, tous les symptômes avaient disparu.

Ce cas est des plus intéressants, montrant que la vésiculotomie était l'opération de choix, étant donné que tous les autres traitements avaient échoué.

OBSERVATION III (Edward White, 1916)

M. T..., âgé de 28 ans. Marié, laboureur.

Antécédents. — Urétrite six ans auparavant, compliquée d'épididymite et de prostatite.

Depuis six semaines, le testicule est tuméfié et douloureux. Il souffre au moment de l'éjaculation et éjacule en même temps du sang.

Dans l'intervalle des éjaculations, douleur continue pendant deux heures, suivie d'une dépression marquée.

Il n'y a pas eu d'autres infections, mais le malade présente un écoulement muco-purulent continu, avec douleur constante dans le périnée et dans la région lombaire.

Examen. — Urines très claires avec filaments, écoulement urétral ne contenant pas de gonocoques, mais présentant beaucoup de polynucléaires et d'autres microbes.

Prostate augmentée de volume, de contour régulier, très sensible.

Vésicules augmentées de volume, flasques, atoniques, présentant une douleur aiguë. L'épididyme gauche inflammé et infiltré. La culture du contenu vésiculaire donne des colonies de staphylocoques. Ce liquide contenait du pus et du sang.

Traitement. — Vésiculotomie. Le malade part douze jours après l'opération. Les symptômes avaient diminué d'acuité. Quatre semaines après, toutes les douleurs avaient disparu ; les fonctions sexuelles étaient devenues normales ; l'état général s'était amélioré.

Ici l'opération n'avait pas donné immédiatement ce qu'on attendait, mais le temps a amené la guérison complète.

OBSERVATION IV (Edward White, 1916)

C. C..., âgé de 38 ans. Marié. Chauffeur. Examiné le 8 novembre 1916.

Antécédents héréditaires. — Urétrite dix-huit ans auparavant suivie d'épididymite et de rétrécissement.

Ces accidents ont toujours persisté depuis la première infection. Brûlure constante dans l'urètre avec écoulement ; brûlure et lourdeur au périnée ; mictions fréquentes.

La capacité sexuelle n'avait pas diminué, mais tous les phénomènes s'aggravaient après le coït.

Examen.— Infiltration inflammatoire des deux épididymes. Le toucher rectal révèle deux vésicules dures en cordon, extrêmement douloureuses à la palpation.

Le liquide vésiculaire, obtenu par le massage des vésicules, accuse du pus et du sang. La culture donne des colonies de colibacilles.

L'urétroscopie montre l'urètre postérieur congestionné, le veru hypertrophié facilement saignant et très sensible.

Traitement. — Vésiculotomie et drainage le 13 novembre 1916.

Suites opératoires. — Dans les dix jours qui ont suivi l'opération, on a marqué une diminution dans l'intensité de tous les phénomènes.

Les drains ont été enlevés le cinquième jour. Le malade est parti au bout de deux semaines avec l'incision périnéale fermée. Revu deux mois après, le malade se plaignait d'une perte absolue d'érections et de désirs, aussi d'une anesthésie de la moitié gauche du scrotum et d'une partie du périnée. Son état général était bon, les autres phénomènes trois mois après l'opération avaient disparu.

Son état sexuel s'était un peu amélioré sous le traitement local du veru. La zone d'anesthésie avait disparu.

Nous sommes d'avis que son état sexuel redeviendra normal avec le temps, puisque le traitement local du veru avait déjà donné de l'amélioration.

OBSERVATION V (H. H. Young)

M. S... Le malade se plaint de sciatique, de douleurs dans la région dorsale et dans les hanches. Il se sert de béquilles.

Pas de symptômes urinaires ni écoulement. Les urines sont claires, rien aux reins.

Examen. — La radiographie montre des exostoses le long de la colonne vertébrale.

Le toucher rectal montre l'existence de prostatite et de vésiculite.

Le liquide obtenu par le massage contient du pus en abondance.

Traitement. — Après un traitement local le malade pouvait se dispenser des béquilles. Pour la colonne vertébrale le malade porte un appareil spécial.

OBSERVATION VI (C. S. James et J. W. Shuman)

T. E..., âgé de 33 ans.

Le malade a été examiné le 6 octobre 1910 en pleine crise rénale droite. Il présentait une douleur lombaire droite, avec irradiation dans le penis et mictions fréquentes. La palpation de la région lombaire droite était douloureuse. L'examen microscopique des urines montrait la présence des globules rouges, de cellules épithéliales et des phosphates. Le traitement a consisté en administration de morphine.

Le malade niait toute affection vénérienne. Deux jours après, il expulse un calcul de la grosseur d'un grain de blé, couvert de sang. L'examen rectal montre une prostate non douloureuse. Les vésicules n'ont pas été examinées. Le malade retourne chez lui, mais continue à souffrir, surtout après la fatigue.

Le 10 novembre le malade consulte de nouveau. Le même diagnostic est posé.

Le 11 novembre 1911 on fait la néphrotomie. On ne trouve pas de calculs.

Drainage pendant sept jours ; ablation du drain le septième jour. Les urines deviennent sanglantes avec caillots allongés. On examine de nouveau les urines et on trouve des diplocoques à gram négatif intra et extracellulaires et on apprend alors que le malade a eu la blennorragie qua-

torze ans auparavant, avec orchite. On ne trouve pas de bacille de Koch.

Le malade continue à uriner du sang, à avoir du ténesme vésical et à s'anémier.

Mort le 16 décembre 1911.

L'autopsie faite le 16 décembre 1911 par le Dr Shuman, montre que le bassinet droit est rempli de caillots, dont un se continue jusqu'à la suture rénale. Le rein gauche ne montre rien d'anormal. Les uretères sont normaux. La vessie est vide et un peu pâle. Prostate non augmentée de volume, normale de consistance. Les canaux déférents sont normaux.

Les parois des vésicules sont hypertrophiées. Quatre calculs sont enlevés de la vésicule droite. Ils étaient situés dans le fond vésiculaire et présentaient des facettes. Leur grosseur était celle d'un grain de blé. Leur analyse chimique montre des phosphates et des carbonates. Le liquide séminal contient des diplocoques à gram négatif et des spermatozoïdes.

OBSERVATION VII (Fuller E.)

X..., âgé de 36 ans, entre à l'hôpital pour rétention d'urine et infection urinaire.

Il avait contracté la blennorragie un mois avant.

L'examen révèle un abcès péri-urétral de la région scrotale. Le périnée est enflé, fluctuant. Le toucher rectal révèle une tuméfaction de la zone post-prostatique.

L'impression est qu'il y a trois foyers de suppuration.

Opération. — Les vésicules sont incisées dans la position genu-pectorale (Procédé de Fuller). L'incision donne issue à 100 grammes de pus.

Le malade est mis alors dans la position de lithotomie périnéale et le périnée est largement ouvert. Une grande quantité de pus s'écoule. Ensuite la vessie est ouverte par incision

de l'urètre profond et du col vésical. La vessie est alors drainée par un drain en caoutchouc. En dernier lieu l'abcès péri-urétral est incisé à son tour. Le malade a guéri.

OBSERVATION VIII (Fuller E.)

X..., âgé de 38 ans, entre à l'hôpital (City Hospital New-York) pour ténesme vésical, frissons, fièvre, douleur périnéale, sacrée et hypogastrique.

Le malade a eu une blennorragie.

Il a subi deux urétrotomies externes.

L'examen montre deux endroits rétrécis de l'urètre, et une induration du périnée. Le toucher rectal montre que la prostate et les vésicules sont prises et révèle une suppuration étendue de cette région.

L'essai de réparation de l'urètre, en négligeant l'inflammation des vésicules, avait donc fait faillite.

Opération. — La vésiculotomie fut pratiquée et alors le périnée fut ouvert par une incision antéropostérieure pour réséquer partiellement l'urètre et enfin le col vésical rigide fut incisé.

Le malade guérit et partit pour la France dans le service actif.

OBSERVATION IX (Bentley Squier)

A. C..., âgé de 30 ans, entre à l'hôpital le 3 avril 1913.

Urétrite aiguë gonococcique en décembre 1912, avec épididymite double consécutive.

En janvier 1913, abcès de la prostate traité médicalement. Amélioration.

Au mois de mars : dysurie, mictions fréquentes et écoule-

ment, traités par irrigations urétrales, vaccino et sérothéropie.

A la fin du mois de mars, arthrites multiples (genoux, chevilles, poignets, temporo-maxillaires, colonne vertébrale).

Le 3 avril le malade est apporté à l'hôpital sur un brancard.

Examen. — Le toucher rectal montre la prostate augmentée de volume et douloureuse, les vésicules sont palpables et sensibles.

Température élevée.

Le malade refuse l'opération. Aggravation. Malgré le traitement local et général, la fièvre reste élevée.

La culture du sang reste négative.

Le 19 avril 1913, le malade consent à être opéré parce que les mouvements des mâchoires étaient impossibles et il était difficile d'introduire du liquide dans la bouche.

Opération (Technique de Squier). — Les vésicules sont distendues par le pus.

On fait des incisions multiples sur les canaux déférents et les vésicules.

Culture du pus vésiculaire négative.

Suites. — Douze heures après l'opération la douleur du genou diminue. Dix heures plus tard, la tuméfaction disparaît au niveau des chevilles.

Deux jours après l'opération le patient ne souffre plus.

Une élévation de la température survient le seizième jour après l'opération, le drainage étant insuffisant.

Guéri, le malade quitte l'hôpital le 5 juin 1913.

OBSERVATION X (Beatley Squier)

H..., âgé de 40 ans. Entre le 19 octobre 1912 pour douleur et tuméfaction au niveau du talon et de la cheville gauches. Le malade ne peut pas marcher sans canne.

Antécédents. — Alcoolisme chronique. Adénite inguinale avérée. Syphilis. Urétrite chronique.

Histoire de la maladie. — En juillet 1912, le talon gauche et la cheville deviennent douloureux, surtout la nuit. La tuméfaction survient ensuite.

Il entre dans un hôpital et y reste trois mois.

Pendant ce temps, on traite l'urétrite et l'arthrite localement ainsi que par sérum et vaccins.

Examen. — Le toucher rectal révèle l'existence des vésiculites chroniques Wassermann négatif.

Opération le 20 octobre 1920 (vésiculotomie).

Suites. — Dix jours après l'opération le malade peut marcher sans canne, car l'articulation était devenue normale au point de vue volume et douleur.

OBSERVATION XI (Fuller E., 1913)

Homme âgé de 47 ans, est transporté dans mon service, i y a un an et demi, venant d'un service de médecine (City Hospital) où il était alité depuis trois ans.

Le malade ne peut pas marcher, à cause du rhumatisme de ses chevilles et des genoux. Les articulations sont augmentées de volume et il y avait beaucoup de liquide dans les deux genoux.

Il souffre depuis dix ans. Pendant les sept premières années il a pu travailler entre les exacerbations de sa maladie.

Il raconte vaguement avoir eu la gonorrhée, quinze ans auparavant.

Il ne présente pas de symptômes génito-urinaires.

L'examen montre l'existence d'une vésiculite très marquée.

La vésiculotomie est pratiquée, la douleur guérit rapidement, la tuméfaction aussi.

La rapidité de la guérison de ce cas est due au fait qu'il n'y avait pas d'ankylose articulaire ni atrophie musculaire.

OBSERVATION XII (Fuller E.)

Jeune homme âgé de 22 ans.

Le malade fut apporté à l'hôpital dans une voiture d'ambulance. Le membre inférieur droit était en flexion et immobile. Les vertèbres étaient fixes. Le genou droit et la cheville étaient enflés. Le plus petit mouvement causait des douleurs atroces.

Le rhumatisme avait commencé il y a quatre mois, ayant été précédé par la gonorrhée deux mois auparavant. Il y avait une vésiculite marquée. La vésiculotomie fut suivie d'un soulagement rapide.

Le malade se leva un mois après l'opération.

Deux mois après l'opération il était complètement guéri.

OBSERVATION XIII (Fuller E.)

X..., 32 ans. Rhumatisme progressif depuis trois mois. Toutes les articulations prises.

A l'entrée à l'hôpital le malade ne pouvait se mouvoir dans aucun sens, ni se nourrir tout seul. Les mouvements de la mâchoire étaient très diminués. Il était émacié, en cachexie marquée. Il avait eu la blennorragie deux ou trois mois avant le commencement du rhumatisme.

Les vésicules étaient rigides, scléreuses et entourées d'adhérences.

L'état général était si mauvais qu'on pouvait penser que le malade ne vivrait pas plus de deux semaines.

La vésiculotomie fut pratiquée et une cessation rapide des phénomènes en résulta.

Un mois après l'opération, le malade avait gagné 20 livres.

Deux mois et demi après l'opération le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XIV (Verliac)

H. L..., 51 ans. Entré le 12 janvier 1921 pour rétrécis. et abcès urineux. Etat général très mauvais.

Abcès urineux opéré le 12 janvier.

Mort le 17 janvier.

Autopsie. — Ictère accentué. Légère pleurite fibrineuse de deux bases sans épanchement pleural; engouement de deux bases. Gros cœur dilaté à droite. Gros foie, grosse rate putréfiés.

Appareil urinaire enlevé en entier :

Incisions opératoires du périnée et des bourses. Infiltration purulente de toute la région périnéale, de la région prépubienne non incisée et de la partie inférieure et profonde de la paroi abdominale.

Rein droit de volume normal, légère dilatation des calices, du bassinet et de l'uretère.

Rein gauche petit, périnéphrite et périuretérite accentuées. Les cavités rénales sont dilatées et pleines de pus, en particulier le calice inférieur dont l'extrémité dilatée forme presque un véritable abcès.

Uretère gauche gros dilaté, et plein de pus. En bas et à 1 centimètre de son orifice vésical, cet uretère gauche est complètement oblitéré par la vésiculite gauche.

Vésiculite gauche suppurée avec des grosses veines dilatées périvésiculaires.

Vessie petite à parois épaisses, à muqueuse congestionnée présentant de nombreux plis. Un peu au-dessous de l'orifice de l'uretère droit s'ouvre un petit orifice conduisant dans une vaste cellule dont la paroi inférieure adhère à l'uretère.

Nombreux petits calculs de la prostate. Rétrécissement de la région bulbaire avec ulcération de la paroi droite de l'urètre en avant du rétrécissement.

OBSERVATION XV (Fuller E.)

X..., âgé de 30 ans.

A l'entrée, le malade présente la hanche droite fixée en flexion.

Cet état existe depuis un an.

Le malade a eu la blennorragie trois ou quatre ans auparavant. Au dire du malade, cette blennorragie aurait causé peu de troubles et avait vite guéri.

Le diagnostic fut très discuté. Mais comme la vésiculite existait, on pratiqua la vésiculotomie.

Quatre mois après l'opération, le malade peut mouvoir librement son articulation et se tenir debout. Le malade pouvait marcher ensuite avec très peu de différence dans les mouvements de deux articulations.

OBSERVATION XVI (Fuller E.)

X..., âgé de 46 ans.

A l'entrée, le malade présentait: Tuméfaction du genou droit avec un peu de flexion et de l'immobilité de cette articulation. Il n'y avait pas de liquide dans l'articulation, mais un empâtement articulaire. D'après l'apparence, on pouvait dire qu'on avait affaire à une tumeur blanche du genou. Le poignet droit et les doigts étaient raides. Dans les antécédents du malade, la blennorragie n'était pas notée d'une façon absolument nette.

Il y avait cependant de la vésiculite scléreuse marquée.

Les vésiculotomie fut pratiquée. Une résolution progres-

sive et graduelle s'en suivit au niveau des articulations malades.

Six mois après l'opération le malade était complètement guéri, à part le fait que les mouvements des doigts et du poignet droit, étaient moins libres que du côté gauche.

OBSERVATION XVII (Fuller E.)

X..., âgé de 36 ans.

Le malade fut amené en brancard avec fièvre. Les articulations des mains, des poignets, des pieds, des genoux, étaient tuméfiées, rouges et douloureuses. Les symptômes avaient commencé un mois auparavant. Le tronc était couvert d'une éruption secondaire syphilitique de caractère rupial.

Dans l'écoulement urétral il y avait des gonocoques.

Le malade avait contracté la blennorragie et la syphilis, 4 mois auparavant.

Deux injections de salvarsan avaient amené la diminution de l'éruption. Le Wassermann était positif.

Trois nouvelles injections furent pratiquées. La fièvre disparut.

La réaction de Wassermann fut négative après la huitième injection.

La réaction de fixation gonococcique était positive.

L'examen du sang montrait une légère leucocytose.

Quelque temps après le salvarsan, apparition d'une légère congestion rénale de courte durée.

L'état des articulations resta stationnaire.

Le rhumatisme était dû probablement à l'état des vésicules. En effet, les vésicules étaient enflammées et l'inflammation se propagait à tout l'espace post-prostatique.

Après le traitement salvarsanique le malade resta encore deux mois, sans amélioration.

L'état cardiaque et général du malade ne permettait pas d'opération.

Enfin sur la demande du malade, la vésiculotomie fut pratiquée.

L'amélioration s'ensuivit très rapidement. Six semaines après l'opération, le malade quitta l'hôpital, guéri.

OBSERVATION XVIII (Inédite. Opération du Dr Papin)

C. K..., âgé de 29 ans, mécanicien.

Le malade entre à l'hôpital le 23 mars 1920, pour rhumatisme polyarticulaire chronique, cystite chronique et douleur dans la région lombaire.

Antécédents héréditaires — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole et variole à 7 ans.

Pneumonie à 3 ans. Typhoïde a 16 ans. Appendicectomie à 22 ans.

Histoires de la maladie. — A la suite d'une blennorragie contractée à l'âge de 18 ans (en 1909) le malade a eu une hydarthrose des deux genoux. Au dire du malade l'hydarthrose s'était déclarée quatre jours après le début de l'écoulement.

Le genou droit a été ponctionné et la recherche du gonocoque est restée négative.

Divers traitements ont été appliqués : bandage compressifs, rayons ultra-violets, air chaud, vaccinothérapie sans résultats nettement appréciables.

Au bout de six mois l'hydarthrose a brusquement disparu, la guérison paraissait spontanée. Au dire du malade le traitement n'y était pour rien. Toutefois de temps en temps le malade continuait à ressentir des douleurs au niveau de ses articulations des genoux, avec augmentation du liquide articulaire.

L'écoulement urétral n'avait pas complétement disparu. La goutte matinale toujours présente fut traitée par des lavages urétro-vésicaux prolongés. Le massage de la prostate fut ensuite institué. Quatre ans après la contagion blennorragique le lavage ramenait du liquide contenant des gonocoques.

En 1914, pendant la guerre, sans que le malade ait eu des relations sexuelles une nouvelle poussée de blennorragie survint. Elle fut accompagnée d'une orchite gauche. Un mois après tout rentra dans l'ordre sauf que le malade conservait sa goutte et les douleurs dans les deux genoux.

En 1916, le malade fut atteint d'une kératite de l'œil droit et fut traité par l'arsénobenzol et des traitements locaux. La réaction de Wassermann resta pourtant négative. Le traitement antisyphilitique fut arrêté.

La kératite guérit au bout de neuf mois.

En 1917, nouvelle rechute spontanée de blennorragie accompagnée de cystite. Massages et lavages après anesthésie locale à la cocaïne. Guérison apparente au bout d'un mois. La recherche du gonocoque resta négative. La goutte continuait à persister.

Les douleurs des articulations des genoux et les poussées d'hydarthrose se répétaient régulièrement avec augmentation à l'occasion des coïts.

De plus la colonne vertébrale commençait à se déformer. Le malade ne pouvait se redresser complètement et se voûtait petit à petit.

En même temps des douleurs lombaires apparurent, consistant en élancements, sans jamais présenter de caractère de coliques. Radiographie négative.

En ce qui concerne l'appareil urinaire, pas de symptômes très marqués si ce n'est de poussées de pollakiurie et de douleurs post-mictionnelles. Pas de symptômes génitaux.

En un mot, c'est surtout le rhumatisme qui tourmentait le

malade. C'est pour cela que le malade s'est mis à consulter dans beaucoup d'hôpitaux de Paris.

Un grand nombre de médecins et chirurgiens l'ont examiné. Divers traitements furent institués sans résultat. Plusieurs d'entre eux émirent la probabilité d'une ankylose.

Six mois avant d'entrer à la clinique de Necker, nouvelle poussée d'une grosse hydarthrose des genoux. Les articulations temporo-maxillaires étaient prises, cette fois-ci. L'état de la colonne vertébrale s'aggravait. Les épaules furent aussi affectées.

Il fut hospitalisé à l'hôpital Saint-Antoine, où un appareil plâtré sur le genou droit lui fut appliqué pendant un mois (service du professeur Lejars).

Il quitta l'hôpital Saint-Antoine et vint consulter à la clinique de Necker.

La cystoscopie pratiquée par M. Papin révéla l'existence d'une cystite du col vésical.

Cathétérisme urétéral bilatéral négatif.

Urétroscopie négative.

La cystite et le rhumatisme persistant, le malade fut hospitalisé à Necker.

Examen du malade. — Maigreur extrême. Aspect terreux. Appétit diminué. Rien aux viscères abdominaux et thoraciques.

Pas de fièvre. Taie de la cornée droite. Vue diminuée de cet œil.

Hydarthrose des deux genoux surtout à droite.

Grosse distension avec mouvements de latéralité.

Atrophie de la cuisse droite. Le malade est penché en avant et ne peut redresser la colonne vertébrale. Les articulations temporo-maxillaires et les épaules sont affectées. La plupart des articulations sont siège de douleurs intermittentes.

Appareil génito-urinaire. — Urines troubles avec fila-

ments. Douleurs à la fin des mictions. Sept mictions nocturnes, sept mictions diurnes. Jet d'urine normal.

L'écoulement urétral contient des polynucléaires, des diplocoques à Gram positif et des microbes banaux.

La palpation des reins et des uretères ne révèle rien d'anormal.

Le testicule gauche est un peu douloureux, sans induration.

Urètre normal à l'exploration instrumentale.

Le toucher rectal montre la prostate un peu douloureuse. Les vésicules séminales sont augmentées de volume et douloureuses surtout du côté gauche.

Opération le 4 avril 1920 (Dr Papin)

Voie périnéale. Vésiculotomie droite. Vésiculotomie gauche avec résection de sa partie inférieure.

Suites opératoires. — Disparition des douleurs articulaires au bout de deux jours. La colonne vertébrale s'assouplit le quatrième jour après l'opération ; l'hydarthrose des genoux a notablement diminué, mais une nouvelle poussée d'hydarthrose se manifeste le dixième jour, pour diminuer ensuite graduellement. Le drain est retiré le dixième jour.

La cystite disparait dix jours après l'opération.

Le malade quitte l'hôpital le 29 avril 1920 en bon état. Il s'en va à Arcachon et se met au travail un mois et demi après l'opération.

Le malade est revu au mois d'octobre 1920. L'état articulaire est toujours en voie d'amélioration. Le malade est bien redressé, peut faire librement le mouvement de la colonne vertébrale. La cystite n'a jamais réapparu.

Le malade est revu le 25 mars 1921. Il travaille actuellement dans une usine comme mécanicien, fait de la bicyclette sans inconvénient. L'atrophie du genou droit est en voie de disparition.

La persistance au genou droit d'une légère quantité de liquide articulaire, environ 5-10 centimètres cubes est encore constatée. Le genou gauche est redevenu complètement normal. Aucune douleur au niveau des diverses articulations.

Plus d'écoulement urétral.

La capacité sexuelle est absolument normale. Le malade a constaté la diminution de la quantité du liquide éjaculé.

OBSERVATION XIX (Inédite. Opération du Dr Papin)

E. R..., 24 ans.

Entre à la clinique de Necker le 17 juin 1920 pour une vésiculite gauche.

En 1916, le malade a contracté une première blennorragie. Le traitement fut presque nul et le malade conserva une goutte chronique.

Voulant faire disparaître la goutte, le malade s'est imposé pendant deux ans l'abstinence sexuelle complète.

En 1918 après un coït avec préservatif survint un nouvel écoulement aigu qui dura pendant vingt-cinq jours et fut traité par les grands lavages au permanganate.

Plus tard il subit des dilatations avec massage sur Béniqué jusqu'au n° 60 et des instillations d'argyrol.

En 1919, nouvelle rechute après coït avec préservatif. Depuis le 27 mai troisième rechute toujours après coït avec préservatif.

Le 28 mai. L'examen microscopique de l'écoulement urétral révéla la présence de gonocoques.

On pratique une urétroscopie antérieure qui ne montre rien d'anormal.

A ce moment le malade est examiné par M. Papin.

A cet examen la goutte est constatée. Les urines sont légèrement troubles avec filament dans les deux verres.

Le toucher rectal montre une prostate normale de volume

et de consistance. Au-dessus et à gauche de la prostate on sent un corps allongé et bosselé, c'est-à-dire la vésicule gauche très augmentée de volume.

Un examen cystoscopique révèle de la cystite kystique au niveau du fond de la vessie.

L'urétroscopie postérieure pratiquée avec l'urétro-cystoscope de Mac Carthy, montre un veru gros et rouge sans qu'il soit possible de bien voir les orifices des canaux éjaculateurs. La pression sur la vésicule gauche par le doigt rectal fait sortir du pus épais par l'orifice du canal éjaculateur gauche.

Un petit polype du veru est constaté. Rien aux testicules.

Le 27 juin 1920, vésiculectomie gauche (*Dr Papin*). Incision prérectale. Mise à nu de la vésicule gauche qui est grosse et entourée de périvésiculite. La vésicule est ouverte. On résèque aux ciseaux une grande partie de la face postérieure. Drains en caoutchouc et mèches. Les drains sont retirés le quinzième jour après l'opération. Sort guéri le 13 juillet 1920. Quelques semaines plus tard le polype est électrocoagulé.

Le malade est revu au mois de février 1921. Tout écoulement a disparu. Le malade se livre sans aucune restriction aux coïts sans que cela provoque des écoulements comme autrefois.

OBSERVATION XX (Inédite du Dr Papin)

Le Dr X..., quarante ans, a eu dans sa jeunesse plusieurs blennorragies ou plutôt rechutes d'une même blennorragie : cependant il paraissait guéri ou n'avait du moins qu'un très léger suintement clair. Les fatigues de la guerre de 1914 réveillèrent l'infection. Il fut soigné à cette époque (1915) pour une affection grave ressemblant à une fièvre typhoïde, mais avec séro-diagnostic négatif : il présentait, dit-il, à ce moment des décharges purulentes et une violente douleur

au périnée. Il semble qu'il ait fait alors une crise aiguë de vésiculite.

Ce qui est certain c'est qu'en février 1917 époque où je l'examinai pour la première fois il présentait une vésiculite double typique avec crises de rétention caractéristique : Parfois les urines étaient troubles et contenaient du pus et de nombreux bacilles genre coli, et l'état général était assez bon : il n'y avait pas de fièvre ; parfois au contraire les urines devenaient claires, la fièvre alors apparaissait avec douleurs vives et vésicules gonflées au toucher.

Des massages répétés n'amenant aucun résultat le malade réclama lui-même l'intervention : elle eu lieu le 15 mai 1917.

Incision pré-rectale : découverte des vésicules séminales. A droite la vésicule est incisée dans toute sa longueur. On débride les diverticules et on fait un curettage soigneux. A gauche la vésicule était plus malade et indurée : elle fut enlevée en grande partie en ne laissant en place que la corne supérieure. La prostate fut également incisée à droite et à gauche, elle ne révéla aucun foyer important. On plaça au fond de la plaie un drain et tout autour 4 compresses bien tassées. Le tamponnement fut enlevé le quatrième jour, non sans douleur : on laissa un drain en place pendant quinze jours. La cicatrisation était complète au bout d'un mois.

Depuis tous les accidents infectieux ont disparu : Il persiste cependant une légère bactériurie sans pus.

Il n'y a aucun trouble génital consécutif.

OBSERVATION XXI (Inédite du Dr Papin)

C..., vingt-quatre ans, cimentier.

Le 26 novembre 1919 le malade se présente à la consultation avec des signes d'urétrite postérieure et de prostatite qui durent depuis six mois environ.

Goutte matinale et même diurne, blanche. Mictions un peu difficiles.

Pollakiurie surtout diurne. Le malade pisse toutes les heures. Les urines sont troubles.

Douleurs dans le périnée et à l'anus.

On pratique des massages de la prostate suivis d'instillation à l'argyrol dans l'urètre postérieure.

Le 10 décembre je vois le malade dont l'état est stationnaire.

En pratiquant le toucher rectal je trouve une vésicule gauche douloureuse, assez volumineuse. Massage de la vésicule trois fois par semaine.

Revu deux mois après, la vésicule gauche paraît guérie, mais la vésicule droite est volumineuse et dure : en pressant sur elle de haut en bas on fait sortir au méat une sécrétion purulente qu'on recueille sur lame. L'examen montre :

Quelques cellules.

Nombreux polynucléaires.

Pas de gonocoques.

Quelques diplocoques et microbes groupés en staphylocoques prenant le grain.

L'examen à l'urétroscope de Mac Carthy montre un gros véru rouge et œdématié. En pressant sur la vésicule droite on fait sortir du pus bien lié à travers l'orifice du canal éjaculateur.

Rien de semblable du côté droit.

Le malade entre pour quelques jours à l'hôpital.

Lavements chauds et massages de la vésicule.

Sort en bon état. On continue les massages.

CONCLUSIONS

I. L'histoire des spermatocystites non tuberculeuses peut être divisée en trois périodes :

Première période s'étendant jusqu'à l'apparition en 1882 de la thèse de Guelliot sur les vésicules séminales qui a élucidé la pathologie de ces organes jusque-là assez confuse.

Deuxième période s'étendant jusqu'aux premières publications en 1901 de E. Fuller sur le traitement chirurgical des spermatocystites et sur leur corrélation avec les troubles articulaires, nerveux et urinaires.

Troisième période s'étendant jusqu'à nos jours remplie de publications surtout américaines concernant les résultats obtenus par les différents chirurgiens.

II. L'infection des vésicules séminales se fait par trois voies : canaliculaire, entérogène et hématogène.

III. La spermatocystite est très fréquente au cours de la blennorragie. Elle existe souvent au cours des maladies urinaires chez les vieillards. La fréquence de la spermatocystite au cours de l'urétrite posté-

rieure est de 60 o/o suivant l'opinion de beaucoup d'auteurs.

En comparant les statistiques, on trouve que la spermatocystite est presque aussi fréquente au cours de l'urétrite postérieure que la salpingite à la suite de la blennorragie chez la femme. La rareté du gonocoque dans les deux affections est notée.

IV. La vésiculite est très souvent associée à la prostatite.

L'épididymite est fréquente au cours de la spermatocystite.

La vessie réagit très souvent aux lésions vésiculaires. Les cystites chroniques ont été observées.

L'uretère a pu être oblitéré partiellement ou complètement par une lésion vésiculaire. Le syndrome de colique néphrétique a pu être réalisé.

Les cas de péritonite au cours des spermatocystites aiguës ont été signalés.

Le rôle des vésicules dans les septicémies gonococciques et post-gonococciques paraît actuellement être démontré. Les manifestations de la septicémie métastatique gonococcique telles que les arthrites ont été guéries par le seul traitement des vésicules. Les spermatocystites chroniques paraissent jouer un rôle des plus incontestables dans la pathogénie des arthrites chroniques. La guérison de certaines arthrites chroniques par le traitement des vésicules chroniquement enflammées et la reproduction expérimentale de ces arthrites par les cultures obte-

nues des foyers septiques vésiculaire le démontre puissamment.

Enfin les spermatocystites paraissent être responsables de formations calculeuses dans leur intérieur.

V. L'exploration des vésicules séminales se fait par le toucher rectal par l'examen du liquide vésiculaire, par la radiographie des vésicules séminales, par l'urétrocystoscopie.

Les spermatocystites évoluent d'une façon tout à fait insidieuse. Elles se traduisent par les symptômes extrêmement différents. Ainsi une vésiculite se manifestera par les symptômes de cystite, une autre par les symptômes d'urétrite postérieure, ou par l'arthrite, ou par les symptômes génitaux.

VI. Pour poser le diagnostic, il est absolument indispensable de faire au moins le toucher rectal des vésicules et l'examen microscopique en liquide vésiculaire.

VII. Jusqu'à Fuller le traitement des spermatocystites a été médical (sauf quelques cas sporadiques de vésiculotomie pour abcès aigu). L'élément principal de ce traitement est le massage. C'est le traitement le plus généralement suivi actuellement. Fuller en 1901 présenta son procédé opératoire de vésiculotomie par voie périnéale et publia 5 cas de rhumatisme articulaire guéris par cette opération. Il a été suivi dans cette voie par Young, Squier, White, Cunningham, etc. Des résultats remarquables ont été obtenus dans d'autres manifestations accompagnant

les vésiculites : cystite, écoulement urétral, neurasthénie sexuelle.

En 1903 Belfield préconisa le drainage vésiculaire par la vasotomie.

Enfin nous rapportons des observations des vésiculotomies pratiquées à la clinique de Necker. Les résultats sont favorables. Ces cas confirment en petit nombres le nombreux cas publiés en Amérique.

VIII. Nous concluons : La spermatocystite est plus fréquente que l'on ne le pense ; les symptômes qui l'accompagnent sont extrêmement divers ; le traitement après l'échec du massage, réside dans l'intervention chirurgicale qui a donné des bons résultats.

Vu : le Président de la thèse
F. LEGUEU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BILIOGRAPHIE

Albarran et Cottet. — Le rôle des microbes anaérobies dans l'infection urinaire (Presse médicale, 1903, p. 85).

Belfield (*W. T.*). — Vesical obstruction by diseased seminal vesicles (Trans. of Amer. urol. association, 1915, p. 234-237).

— Notes on X-ray studies of the seminal duct (Trans. of the amer. urolog. association, 1913, p, 161).

— Pus tubes on the nale; surgical and vaccine treatment (Trans. of the amer. ur. ass., 1909, p. 13).

Billings (*Frank*). — Chronic focal infection as a causative factor of chronic arthritis (The Journal A. M. A., sept. 1913).

Barker, Levellys (*F.*). — Differentiation of diseases included under chronic arthritis American Journal of Medical Sciences, 1914, p, 1-29).

Barney, Dellinger (*J.*). — Recent studies in the pathology of the seminal vesicles (Boston Med. and surg. Journal, 1914, p. 822).

— Observation on the seminal vesicles (Tr. Am. Assoc. génito-urin. surgeons, 1914, p. 72-91).

Burke (*Charles B.*). — Injecting argyrol in the treatement of gonorrheal seminal vesiculitis The urolog. and cutan. Review, 1915).

Baldwin (*Hugh*). — Lesion of the posterieur urethra with special reference to the veru montanum (The Urol. and Cutan. Review, 1915).

Barnett (*Charles E.*). — The vesiculæ seminales : anatomo-surgical study (The american urogical association, 1909, p. 44).

Bendell (*J. L.*) *et Mount* (*L. B.*). — Bacteriotherapy in semi-

nal vesiculitis of hematogenous origin, a case report (Am. J. Surg. N.-Y., 1916, p. 158).

Bodin (*G.*). — Du rhumatisme infectieux articulaire d'origine urinaire. Thèse de Lyon, 1902-1903.

Bracket. — Arthritis associated with lesions of the genito urinary tract. (Boston medical and Surgical Journal, juillet 1914).

Cabot (*Hugh*). — Some suggestions in regard to the diagnosis of seminal vesiculitis (Boston Med. and Surg. Journal, 1905).

Culver (*Harry B.*). — A study of the bacteriology of chronic prostatis and spermatocystitis (relations to arthritis) (Journal of the A. M. A., fév. 1916, p. 553).

Cunningham (*John H.*), *Martin*, *Fred* (*Valentine*), *Stocks* (*H. C.*), *Bransford* (*Lewis*), *Wood Ruggles*, *Petersen* (*James*), *Hagner* (*Francis R.*). — Transactions of the amer. urolog. association, 1909).

Cohn (*Paul*). — Über Haemospermie, ein Fall von Lues hæmorrhagica der Semenblasen (Zeitschrift für Urologie, 1907, p. 312).

Collan (*Walter*). — Uber spermatocystitis gonorrhoica, 1898 (Ansführliche Litteratur bis zum Iahre, 1898).

Chauvet (*Stephen*). — Traitement du rhumatisme blennorragique (L'œuvre médico-chirurgical, n° 68).

Colombini. — Della frequenza della prostatite, della vesicolite, della deferentite pelvica della epidymite blennorragica (Policlinico, vol. II, 1895).

Casper (*Léopold*). — Lehrbuch für Urologie, 1910.

Campston (*C. G.*). — The dangers connexed with removal of the seminal vesicles (Am. S. Urol., N.-Y., 1914, 521-526).

Corner (*E. M.*). — A case of calculus in the vesiculæ seminales in a man with enlarged prostate. Med Press. et circ. London, 1915, p. 67 (Centralblat für Krankheiten der Harn und sex Organe, 1898).

Civiale. — Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1858, t. II, p. 480.

Cunningham (*J. H.*). — Seminal vesiculitis and prostatitis treated by vesiculotomy and prostatic drainage (Boston Med. et Surg. Journal, 1917, 422-429).

Duhot (*Robert*). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des vésicules séminales (Annales des org. génito-urinaires, 1901, nº 7, p. 769).

Fuchs (*C.*). — Zur Kerntnis der spermatocystitis gonorrh. and ihre Beziehungen zur Uberwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase (Archiv. für Dermatol. und. syphilis, 1898, p. 11).

Frank. — Uber die Beziehung der papillomatœsen Wucherungen der Blasenhalses und der hinteren Harnrœtrezum Mechanismus der Harnentleerung und zur sexuallen Neurasthenia (Zeitschrift für Urologie, 1908, p. 922).

Fiolle (*P.*). — La chirurgie des vésicules séminales (œuvre médico-chirurgical, nº 67).

Finger (*E.*). — Prostatitis und spermatocystisis chronico als Komplikationen chronischer urethritis (Wiener med. Presse, XXVI, 1885).

Fuller (*E.*). — Seminal vesiculitis (Journal of Cutaneous and genito-urinany deseases, sept. 1893, p. 332).

— Seminal vesiculotomy (Post graduate, oct. 1904).

— Gonococcal infection of the seminal vesicles (Post graduate, 1906).

— Persistent uretral descharges dependent on subacute or chronic seminal vesiculitis (Journal of cut and genito-urinary deseases 1894, p. 243 and 292).

— Relief of urinary and genital conditions through surgery of the seminal vesicles including a summary of anthors experience (Transactions of the american urological association, 1909).

— Is the demonstation of the gonococcus as simple a matter as is commonly supposed (N.-Y. M. J., 1910, 9-11).

— A serie of cases of gonorrheal rheumatism cured by seminal vesiculotomy (Am. J. Urolog. N.-Y., 1911, p. 502-504).

— The management of gonorrheal rheumatism (Med. Rec. N.-Y., 1912, p. 1125-1128).

— Seminal vesiculotomy ; its purpose and accomplistment (f. Am. M. Ass., 1912, p. 1959-1962).

— The surgical management of pericystitis (Trans. Am.

Urol. Assoc., 1914, p. 209-231 ; Med. Rec. N.-Y., 1914, p. 573-576).

— The cure through genito-urinary surgery of arthritis deformans and allied varieties of chronic rheumatism (Tr. Am. Ass. genito-urin. surgeous N.-Y., 1913, p. 121-134 ; Med. Rec. N.-Y., 1913, p. 691-695).

— Surgery of the seminal vesicles ; remarks in reply to critisisms (Med. Rec. N.-Y., 1915, p. 134).

— External urethrotomy and seminal vesiculotomy, combined in a simple operative procedure (The A. M. Ass., 1917, p. 277).

Gruber (*G. B.*). — Pyohemic nach akuter staphylomykotischer spermatocystitis (Zeitschrift für Urologie, 1911, p. 799).

Gilbons (*R. H*). — Journal of A. M. A., 1917, p. 278.

Guelliot. — Des vésicules séminales. Anatomie et pathologie. Thèse de Paris, 1882-1883.

Gnedroytz et Beloscroff. — Voie ischiorectale de Roux pour vésiculotomie et vésiculectomie (Revue méd. de Suisse romande, 1899).

Hawkins (*John A.*). — Some observations ou inflam. of the verumontanum (Transaction of the am. urol. assoc., 1909).

Herbst, *Robt* (*H.*). — The surgical treatment of chronic seminal vesiculitis bay vasostomy (J. Am. M. Ass., 12 déc. 1912).

— Complications of acute gonorrhea in the male (The urolog. and cutan. Review, 1916).

Huet (*R.*). — Samenblæschen als Virustrager (Centralblat für Bacter., 1909, p. 477 497).

Jungano. — La flore de l'appareil urinaire, 1908.

James (*C. S.*) *and Chuman*. — Seminal vesicles calculi simulating Nephrolithiasis (Surgery, gynocology and obstetrics, 1913, p. 302).

Janet (*M. J.*) — La valeur de la culture au point de vue du diagnostic du gonocoque latent (Bulletin de la Société française d'Urologie, 1920).

Klotz (*H.-G.*). — Catheterisation of the ejaculatory duct (N.-Y. M. J., 1895, p. 104).

Koll, Irvind. — Gonorrhea and maniage (Neurol. and cutan. Rewiew. 1916).

Kropeit. — Die Sondierung der Samenblasen (Zeitschrift für Urologie, 1919, p. 115-122).

Lewis (B.). — Case of chronic seminal vesiculitis, removal of the vesicles ; recovery (Saint-Louis, Cour. Med., 1905, p. 201).

Lowsley, Oswald (S.). — The gross anatomy of the human prostate gland and contiguous structures (Surgery, gynecology and obstetrics, 1915).

Lemierre et Faure-Beaulieu. — Septicémie et pyohémie gonococcique (Gazette des Hôpitaux, 1906, p. 231).

Lewin et Bohm. — Zur pathologie der Spermatocystitis Gonorrh (Zeitschrift für Urologie, 1909).

Luys (G.). — Spermatocystite blennor. (Clinique. Paris, 1913).

— Cathétérisme des canaux éjaculat. Idem.

— Traité de la blennorragie et de ses complications. Paris, 1912.

Lallemand (F.). — Traité des pertes séminales involontaires. Paris, 1836, 1842.

Lewin (Arthur). — Zur Diagnostic und Therapie der Tumoren der urethra posterior (Zeitschrift für Urologie, 1908).

Legueu (F). — Traité chirurgical d'Urologie, 1910.

Le Fur. — Impuissance génitale et son traitement.

Lucas (G.). — Résultats du toucher rectal dans 285 cas d'épididymites blennorragiques. Thèse de Paris, 1894 (Refer in Annales de dermatol. et syphil., 1894, p. 1157).

Lloyd (T.). — On inflammatory disease of the seminal vesicles (British Med. Journal, avril 1889).

Marsan (F.). — Les lésions de l'urètre postérieur dans la neurasthénie urinaire (Archives urologiques, tome I, fascicule II, 1913).

Milian et Mamlock. — La spermatorrhée physiologique (Société méd. des Hôpitaux, 1902).

Michaëlow (N. A.). — Zur Ætiologie der Neurasthenia sexualis Beim Manne (Zeitschrift für Urologie, 1909, p. 944).

Martin (*P.*). — Actuacion medicamentosa sobre las vesiculas seminales gonococcicas o no (R. Ac. de Médec. de Madrid, 10 mars 1919 in Revista de Medec. y chir. prat. de 1555, 1919, p. 253).

Nagel (*W. A.*). — Uber contractilitat and Reizbarkeit des Semenleiters (Archiv für Physiologic, 1905, suppl. Band, p. 287-304).

Noguès. — Vésiculite pseudomembraneuse à colibacille : épid. et vaginalite consécutives (Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1897, n° 6).

Orlowski. — Uber colliculus Hypertrophie und colliculus Kaustik (Zeitschrift für Urologie, 1909, p. 275).

— Uber der Wertlosigkeit der Provokation (Zeitschrift für Urologie, 1908).

Oberländer et Kollmann. — La blennor. chronique et ses complications. Traduction de Lepoutre, p. 122.

Patazzoli. — La pathologie des vésicules séminales (Revue clinique d'Urologie, 1914, p. 54-73 et 165-181).

Petersen (*O.*). — Beitrage zur microscopischen Anatomie der vesicula seminalis des Menschen und einiger Sæugetiere Anatomische Hefte Wiesbad., 1907, p. 237-362.

Papin (*E.*). — Les fonctions sexuelles et la prostatectomie. Thèse de Paris, 1908.

Pousson. — Du dyspermatisme (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1899, p. 373).

Porosz (*M.*). — Die Anatomie und die physiologische Rolle des ductus ejaculatorius und des colliculus seminalis (Monatsberichte für Urologie, 1906).

— Die Reflexneurosen der Prostata Zeitschrift für urologie, 1908.

Pinol. — Vaccinothérapie antigonococcique. Thèse de Paris, 1919.

Picker (*R.*). — The anatomical configuration of human vesiculæ seminalis in relation to the clinical features of spermatocystitis (XIV[e] Internat. Med. Congress. London, 1913, p. 463).

— Uber falschen Nieren coliken (Zeitschrift für Urologie, 1909, Beiheft, 583-598).

Pick (*L.*). — Ueber Meningokokken spermatocystite.

Quinby (*W. C.*). — The anatomy and physiology of the seminal vesicles with regard to the treatement of their lesions (Boston medical and Surgical Journal, 1914).

Ramond (*F.*). — Microbes de l'urètre normal (Progrès médical, 1908).

Rapin (*E.*). — De l'inflammation des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs. Thèse de Strasbourg, 1859.

Reynes (*H.*). — Des vésiculites (Association française d'Urologie. Paris, 1909, p. 432-441).

Riese (*H.*). — Operationen an den Samenblasen (Deutsche med. Wochenschrift, 1906, p. 998).

Semenow (*W. P.*). — Klinische Beobachtungen uber die Wirkung der gonokokken Vakzine bei chronischen gonorrheischen arthritiden (Zeitschrift für Urologie, 1913, p. 349).

Sellei (*F.*). — Wirkung der Pyocyaneus toxins und der Pyocyanase auf die Gonokokken (Zeitschrift für Urologie, 1909, p. 269).

Schmidt (*L. E.*). — Vesiculotomy and vesiculectomy (The Journal of A. M. A., 1916, p. 157).

Squier, Bentley (*J.*). — Indications for operations of the seminal vesicles (Boston medical and surgical Journal, 1914, p. 908-910).

— Surgery of the seminal vesicles Cleveland M. J., 1913, p. 801-812.

Selenew (*J. F.*). — Muskelatrophie, Muskelrheumatismus, Arthritis, Keratosis der Fusshohlen bei einem gonorrhoischen Patienten (Zeitschrift für Urologie, 1913, p. 476).

Staley (*R. W.*). — Treatment of non tuberculous inflammation of the seminal duct (The urolog. and cutan. Review, 1916, p. 131).

Salle. — Sérothérapie et vaccinothérapie de la blennorragie. Thèse de Lyon, 1913.

Thomas (*B. A.*). — Technique of and observation on the operation of vasopuncture and medication for seminal vesiculatis (Surgery, Gynecology and obstetrics, 1917, p. 68-83).

Thomas (*B. A.*), *and Pancoast* (*H. K.*). — Observations on the pathology, diagnosis, and treatment of seminal vesiculitis (Annals of Surgery Philad., 1914, p. 313-318).

Thomas (*B. A.*), *and Harrisson* (*F. G.*). — Bacteriology and microscopy of contents of seminal vesicles; post-mortem study of fifty-two cases (Journal of Urology, 1917, p. 59.

Ultzman. — Genito-urinary neuroses.

Vœlcker. — Chirurgie der Samenblasen. Stuttgart, 1912.

Wolbarts. — Catheterisation of the ejaculatory ducts (Urolo Cutan. Review, 1918, p. 459-464).

Watson (*E.-M.*). — The developmental stages of the human seminal vesicles (The journal of urology avril 1918).

Wildbolz. — De la spermatocystite aiguë (Annales des mal. des organes génito-urinaires, 1903, nº 20).

Wiltze. — Subacute and chronic seminal vesiculitis (Albany Med. Annales, 1906, sept.).

Walker (*George*). — The nature of the secretion of the vesiculæ seminales and of an adjacent glandular structure in the rat and guinea pig, with especial reference to the occurence of histone (Johns Hopkins Hospital Bulletin, june 1910).

— The effect on breeding of the removal of the prostate gland or of the vesiculæ seminales with observations of white rats (Johns Hopkins Hospital Report, 1911, p. 223-255).

— An experimental study concerning the relation which the prostate gland bears to the fecundative power of the spermatic fluid (J. Hopkins Hosp. Bull., 1901, p. 77).

— A special punction discovered in a glandular structure hitherto supposed to form a part of the prostate gland in rats and guinea pigs (Johns Hopkins Hospital Bulletin, juin 1910).

White (*E. W. M.*). — Seminal vesiculitis (The urolog. and cutan. Review, 1916).

Walter, Wilhelmy and A. B. Mc. Quillan. — Seminal vesiculitis (The urolog. and cutaneous Review, 1915, p. 550).

Wolbarst (*Abr. L.*). — The value of microscopic examination of the prostato vesiculari secretion in the diagnosis and prognosis of gonococcus infection (Frans of the amer. Urolog. Associat. 1909).

Winfield, Ayres. — Gonocystitis (New-York Med. and Surg. Journal, 1898, p. 678).

Wossidlo (*H.*). — Die Erkrankungen des Colliculus seminalis und ihre Bezichungen zu nervœsen und anderseitigen Stœrungen und zur Sexuallen Neurasthenie (Zeitschrift für Urologie, 1918, p. 243).

Young (*H. H*). — The rôle of the prostate and seminal vesicles in general toxemias (The Journal A. M. A., sept. 1913, p. 822.)

— Surgery of the seminal tract (Sergery gynecology and obstetrics, 1918).

— Aperineal method for excising or drainage of the vesicles (Trans. Am. Ass. genito-urin. Surg., 1912, p. 73-76).

Young, Geraghty and Stevens. — Johns Hopkins Hospital Report, 1906.

Zinner (*A.*). — Ein Fall von intravesicalen Samenblasencyste (Wiener medez. Wochenschrift, 1914, p. 605-609).

Zelanowitz. — Zur Frage uber die Pathogenese und Rehandlung der Impotenz (Zeitschrift für Urologie, 1909, p. 605).

Ouvrages dont nous n'avons pu nous procurer au moment de notre travail

Crouse (*Hugh*). — An improved technique in of dealing with the seminal vesicles (De molog and cutan. Review, 1907, p. 301-312).

Dillon (*J. R.*). — Seminal vesiculotomy in treatment of gonorrheal Rheumatism. (California State Journal of Medecine, 1918, p. 485).

Hyman (*A.*) *and Stuader* (*A. S.*). — Chronic seminal vesiculitis, special reference to urethroscopic findings in posterior urethra (N. Y. M. J., 1913, p. 632).

Kamble (*Adam*). — Pyocyaneus infection of the seminal

vesicles (The Urolog. and cutan. Review, 1917, p. 326.)

Kenefick (*T. D*). — The internist and seminal vesiculitis (Med. Record, 1914, p. 662).

Nelson (*A. W.*). — Seminal vesiculitis and appendicitis Case Report (Ohio M. J. Columbus, 1910).

Mayer, Worms. — Zur Diagnostic der spermatocystitis. (Centralblat fur die Krankheisen der Harn und sexual organe, 1903).

Kotleder, Hermann. — The etiology of spermatorrhéa (Tech. suppl. Urol and Cutan. Review, 1915, p. 181).

Smith (*G. G.*) *and Klein* (*H. H.*). — Result on examination of prostate and vesicles, in 125 cases with negative venereal history (Boston med. Surg. Journal 4 sept. 1919).

Squier (*J. B.*) — Drainage of the seminal vesicles ; opérative technic and results and other considerations ; a report ot fithy surgical pases (New-York, M. J., 1915).

Youmans (*J.-G.*). — Seminal vesiculitis, versus appendicitis (Ohio, M. J. Colombus, 1909).

White E. W.). — Seminal vesiculitis some phases of the differential diagnosis and treatement (Unit States Nav. Med. Bulletin, 1918).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Pathologie	9
Historique	9
Voies d'infection	13
Etiologie et fréquence	18
Bactériologie	23
Anatomie pathologique	30
Méthodes d'exploration	40
Rapports des spermatocystites avec les autres organes	55
Symptomatologie	67
Diagnostic	83
Traitement	89
Observations	134
Conclusions	160
Bibliographie	164

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5011-21